

FINAL DE LA VIDA Y DONACIÓN DE ÓRGANOS: UNA RELACIÓN TENSA

David RODRÍGUEZ-ARIAS*

Resumen

La forma en que se trata a un paciente en los últimos momentos de su vida determina el modo, el lugar y el momento de su muerte, y condiciona la viabilidad de sus órganos para un posible trasplante. La vinculación del final de la vida con la donación de órganos implica, por un lado, que las decisiones sobre el mantenimiento o la limitación del soporte vital pueden ser más o menos propicias para la donación; por otro, que la expectativa de una posible donación puede afectar a la forma en que se manejan los cuidados de los pacientes con posibilidad de fallecer y convertirse en donantes. Puesto que el cuidado óptimo de un paciente puede no ser compatible con la óptima preservación de sus órganos y viceversa, cuando un paciente es simultáneamente un donante potencial de órganos, los profesionales que se ocupan de él se ven enfrentados a delicados dilemas morales y conflictos de intereses. Este artículo describe y discute las tensiones éticas que surgen cuando no está claro si la prioridad de un profesional es atender al bienestar de un paciente o promover la donación de sus órganos.

Abstract

The way in which patients are treated in the last moments of their lives determines the manner, place and time of their deaths, and affects the viability of their organs for a possible transplant. Such a tight link between the end of life and organ donation means, on the one hand, that decisions on maintenance or withdrawal of life support may be more or less conducive to organ donation. On the other hand, the envisioned possibility of a proximate organ donation can affect the way patients who are likely to die and could become organ donors are handled and taken care of. The optimal care of a patient may not be compatible with the optimal preservation of his organs, and vice versa. This is why, when an individual is simultaneously a patient and a potential organ donor, professionals who deal with him are faced with difficult moral dilemmas and delicate conflicts of interest. This article describes and discusses the ethical tensions that arise when it is unclear whether the priority of a professional is to serve the welfare of a patient or promote organ donation.

Palabras clave

* Investigador Juan de la Cierva, Instituto de Filosofía, Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CCHS-CSIC). rodavailg@gmail.com

Final de la vida, donación de órganos, bioética, conflicto de intereses.

Keywords

End of life, organ donation, bioethics, conflict of interests.

SUMARIO: 1. Ayudar a vivir, ayudar a morir y salvar órganos para trasplante; 2. Cuando los intereses de los donantes van en contra de los intereses de los receptores de sus órganos; 3. El final de la vida de los donantes en muerte encefálica; 4. Conflicto de intereses en la identificación y el mantenimiento de los posibles donantes; 5. La electiva ventilación y el tratamiento condicional de los pacientes; 6. Nuevas formas de morir para la donación de órganos; 7. ¿Limitación del tratamiento de soporte vital o muerte médicamente asistida? A medio camino entre dejar morir y matar; 8. Inclinationes que matan; 9. Respetar y proteger los intereses de los donantes; 10. Consentimiento presunto, interés general de los trasplantes e instrumentalización; 11. Donación de órganos tras eutanasia; 12. Conclusiones.

I. AYUDAR A VIVIR, AYUDAR A MORIR Y SALVAR ÓRGANOS PARA TRASPLANTE

EN febrero de 2006, el doctor Roozrokh, cirujano de trasplantes, acudió junto con su equipo a un pequeño hospital del sur de Los Ángeles para realizar una extracción de órganos. Le habían comunicado que había al menos una persona esperando de forma urgente un hígado, y tal vez ese donante podría salvarle la vida. El donante potencial, Rubén Navarro, de 25 años, había sufrido un fallo circulatorio por el que había sido trasladado a una unidad de cuidados intensivos hospitalaria. Se encontraba en coma y llevaba varias horas intubado. Su fallo circulatorio había sido provocado por una enfermedad neurodegenerativa que padecía desde los ocho años, por la que había precisado cuidados continuos en una institución adaptada. El doctor Roozrokh presenció la retirada del soporte vital ya en el quirófano, y él mismo prescribió al paciente una dosis de morfina y de ansiolíticos (Atavan), según afirmaría más tarde, con el fin de evitar su sufrimiento. Estas fueron sus propias palabras:

Lo menos que podemos hacer como médicos es asegurar el confort. Es la única alternativa humana. Y ese el motivo por el que sentí que era importante que esos medicamentos se le ofrecieran (1).

El proceso de extracción requería que el paciente muriera en un período de tiempo corto –una hora como máximo– pues de otro modo los órganos acabarían deteriorándose por la falta de oxígeno y volviéndose inservibles para ser trasplantados. Sin embargo, cuando se retiró el respirador, Rubén Navarro no murió con la

(1) [http://www.nbcnews.com/id/34956452/ns/dateline_nbc-health_stories/t/matter-time/\(31/01/2014\)](http://www.nbcnews.com/id/34956452/ns/dateline_nbc-health_stories/t/matter-time/(31/01/2014))

rapidez esperada. La parte de su cerebro responsable de la iniciativa respiratoria seguía intacta. A esto se atribuyó el hecho de que el paciente siguiera mostrando signos claros de vida, incluso a pesar de que recibiera varias dosis consecutivas de calmantes y ansiolíticos, prescritas también por el doctor Roozrokh. Cuando habían transcurrido ya 40 minutos tras la extubación y a falta de 20 para que el protocolo de extracción debiera abandonarse, el paciente había recibido ya 100 mg de morfina y 40 de Atavan, dosis muy superiores a las habitualmente necesarias para paliar el malestar de un paciente que está falleciendo. Sin embargo, el Dr. Roozrokh temía que el paciente pudiera seguir sufriendo, por lo que pidió a una enfermera que administrara una dosis adicional de otros 100 mg de morfina y 40 mg de Atavan. Esta nueva dosis tampoco aceleró lo suficiente la muerte del paciente, lo que más tarde solo pudo explicarse porque Rubén hubiera desarrollado un elevado nivel de tolerancia a la morfina a lo largo de los años en que había sido tratado. Cualesquiera fueran las causas de su aferramiento a la vida, los órganos de Rubén Navarro no pudieron ser extraídos. Fue trasladado de nuevo a la unidad de cuidados intensivos, donde fallecería 8 horas más tarde.

La muerte de Rubén Navarro pasó desapercibida a los medios de comunicación hasta que, meses más tarde, una enfermera que había presenciado el caso acudió a la policía. Un fiscal acusó al Dr. Roozrokh por abuso de menor dependiente. La madre de Rubén, Rosa Navarro, tampoco sabía lo que había ocurrido en el hospital durante las horas previas a la muerte de su hijo. Testificó que en ningún momento se le había dicho que su hijo tenía una posibilidad de sobrevivir. También afirmó que había sido inducida, mediante presiones y una información poco veraz, a que aceptase la extracción de órganos de su hijo (2). Karen Gray, fiscal del distrito, pidió explicaciones por el hecho de que el Doctor Roozrokh, fuera al mismo tiempo el cirujano que iba a proceder a la extracción y el encargado de tomar las decisiones sobre los tratamientos y cuidados que recibió el paciente:

De modo que lo que tenemos ante nosotros es una situación en la que un cirujano de trasplantes, que estaba ahí para extraer órganos, está prescribiendo altas dosis de medicamentos potencialmente letales, para un paciente del que no sabía nada. El hecho de que en este caso Rubén Navarro no muriera en el quirófano no implica que no se abusara de él (3).

El jurado dictaminó finalmente que Roozrokh no fue culpable de los cargos que se le imputaban al no encontrar pruebas razonables de que había provocado la muerte de Navarro para facilitar la extracción. Sin embargo, tras su veredicto leyó una proclamación en la que se recomendaba que se pusieran en marcha medidas para regular las extracciones de órganos de donantes a corazón parado (4).

(2) http://lifeguardianfoundation.org/pdfs/hootan_roozrokh_lawsuit.pdf; (25/09/2013).

(3) http://www.nbcnews.com/id/34956452/ns/dateline_nbc-health_stories/t/matter-time/ (31/01/2014).

(4) Más sobre el Caso de Navarro: http://www.nbcnews.com/id/34956452/ns/dateline_nbc-health_stories/t/matter-time/#.UkLyDRUvIU8 (31/01/2014).

II. CUANDO LOS INTERESES DE LOS DONANTES VAN EN CONTRA DE LOS INTERESES DE LOS RECEPTORES DE SUS ÓRGANOS

En la actualidad, varias guías y recomendaciones de diferentes organismos internacionales implicados en cuidados intensivos y en trasplantes subrayan la importancia de que los cuidados administrados a un paciente crítico y terminal no se vean comprometidos por las posibles ventajas de que acabe convirtiéndose en un donante (5). Por ejemplo, las recomendaciones canadienses sobre donación tras parada circulatoria, establecen que

Aunque el cuidado al final de la vida debe incluir de forma rutinaria la oportunidad de donar órganos y tejidos, el deber de cuidado hacia los pacientes moribundos y hacia sus familiares no deja de ser la prioridad dominante de los equipos sanitarios [...] Las decisiones sobre un ser humano deben guiarse por los valores y creencias que ese individuo tiene acerca de lo que significa una vida y una muerte significativas. El cuidado del paciente moribundo nunca debe verse comprometido por el deseo de proteger los órganos para la donación o acelerar la muerte para que pueda tener lugar una oportuna extracción de órganos (6).

¿Cómo podrían los intereses de un paciente verse amenazados por la posibilidad de la donación? Al menos de dos modos. Puede ocurrir, por un lado, que el tratamiento para asegurar el confort de un paciente en los últimos momentos de su vida sea incompatible con la preservación óptima de sus órganos, y que se viera supeditado a esta (7). Pero también puede ocurrir que la perspectiva de la donación conlleve que al paciente se le ofrezcan menos opciones terapéuticas de las necesarias para salvar su vida.

Para evitar estos extremos se han adoptado algunas salvaguardas. Ciertos protocolos de *donación en asistolia* –sobre los que se hablará más adelante– exigen que la decisión sobre la limitación del tratamiento sea anterior e independiente a cualquier conversación con los familiares del paciente –o con el paciente mismo, si se encuentra consciente– acerca de la donación. Otro requisito frecuente es que los médicos que participan en el diagnóstico de la muerte no pertenezcan a los equipos de extracción y trasplante. La regulación española establece al respecto:

Los profesionales que diagnostiquen y certifiquen la muerte deberán ser médicos con la cualificación adecuada para esta finalidad, distintos de aquellos que hayan de intervenir en la extracción o el trasplante y no estarán sujetos a las instrucciones de estos últimos (Real Decreto 1723/2012, art. 9.2).

(5) SHEMIE, S. D., BAKER, A. J., KNOLL, G., WALL, W., ROCKER, G., *et al.*, «National recommendations for donation after cardiocirculatory death in Canada: Donation after cardiocirculatory death in Canada». *CMAJ*, 8, 2006, S1; REICH, D. J., MULLIGAN, D. C., ABT, P. L., PRUETT, T. L., ABECASSIS, M. M., *et al.*, «ASTS recommended practice guidelines for controlled donation after cardiac death organ procurement and transplantation». *Am J Transplant*, 9, 2009, 2004-2011; *ibíd.*; GRAFTIEAUX, J. P., BOLLAERT, P. E., HADDAD, L., KENTISH-BARNES, N., NITENBERG, G., *et al.*, «Contribution of the Ethics Committee of the French Intensive Care Society to Describing a Scenario for Implementing Organ Donation after Maastricht Type III Cardiocirculatory Death in France». *Ann Intensive Care*, 1, 2012, p. 23.

(6) SHEMIE, S. D., BAKER, A. J., KNOLL, G., WALL, W., ROCKER, G., *et al.*, «National recommendations for donation after cardiocirculatory death in Canada: Donation after cardiocirculatory death in Canada». *CMAJ*, 8, 2006, S1.

(7) TUNZI, M. y SPIKE, J. P., «The role of patient comfort and «comfort measures only» in organ donation after cardiac death (DCD) after a stroke». *Am J Bioeth*, 1, 2014, pp. 39-41.

Se estima necesario, además, que los profesionales que vayan a participar en la extracción no estén involucrados en el cuidado ni en las decisiones relativas al final de la vida de quienes son candidatos a la donación y se consideran donantes potenciales. En este sentido, la *American Society of Transplant Surgeons* exige

[a]segurarse de que los miembros del equipo de trasplantes no están involucrados en las decisiones sobre el pronóstico del paciente, sobre la retirada del respirador, sobre la asistencia a la perfusión de los órganos, ni en la determinación de la muerte, pues cualquiera [de estas circunstancias] representaría un conflicto de intereses. Si se da una situación en la que un miembro del equipo de trasplantes ha participado en el cuidado de un paciente que ahora está siendo considerado como candidato para una donación en asistolia, por el rol que desempeña como especialista en cuidados intensivos o en traumatología, ese miembro del equipo debe transferir los cuidados del paciente a otro individuo y desvincularse de toda implicación futura con el paciente, incluidas las relacionadas con su pronóstico y las decisiones sobre la retirada del respirador, la perfusión de los órganos o la determinación de la muerte [...] (8).

Tales salvaguardas deben su existencia al riesgo de que la expectativa de una posible donación acabe provocando un daño al paciente/donante potencial, bien sea mermando su confort o disuadiendo a los profesionales de ofrecerle ciertas opciones terapéuticas.

No todas las sociedades profesionales coinciden en anteponer de forma categórica los intereses de los pacientes que pueden convertirse en donantes. En el posicionamiento conjunto que la *American Thoracic Society*, la *International Society for Heart and Lung Transplantation*, la *Society of Critical Care Medicine*, la *Association of Organ and Procurement Organizations* y la *United Network of Organ Sharing* han publicado sobre la donación en asistolia, se puede leer: «Las intervenciones *ante mortem* son éticamente apropiadas si contribuyen a un buen trasplante y tienen una probabilidad baja de dañar al donante prospectivo» (9).

Aunque la inmensa mayoría de los donantes potenciales se encuentran gravemente enfermos e inconscientes, cabe recordar que los intereses de un paciente pueden vulnerarse a pesar de que no tenga ya ninguna posibilidad de supervivencia, e incluso a pesar de encontrarse irreversiblemente inconsciente. Por ejemplo, una intervención sin indicación terapéutica o paliativa (fútil) que sólo se realiza para preservar sus órganos puede dañar el interés de un individuo –consciente o no– en no ser sometido a una obstinación terapéutica o a una instrumentalización que posponga el momento de su muerte por el beneficio exclusivo que ello pueda aportar a otras personas. En definitiva, resulta útil distinguir dos supuestos en los que los intereses del paciente/donante potencial podrían ser dañados: aquellos casos en los que las medidas necesarias para favorecer la extracción conllevan una sustracción de oportunidades terapéuticas (o paliativas), y aquellos casos en los

(8) REICH, D.J., MULLIGAN, D. C., ABT, P.L., PRUETT, T.L., ABECASSIS, M. M., *et al.*, «ASTS recommended practice guidelines for controlled donation after cardiac death organ procurement and transplantation». *Am J Transplant*, 9, 2009, pp. 2004-2011.

(9) GRIES, C.J., WHITE, D. B., TRUOG, R.D., DUBOIS, J., COSIO, C. C., *et al.*, «An official American Thoracic Society/International Society for Heart and Lung Transplantation/Society of Critical Care Medicine/Association of Organ and Procurement Organizations/United Network of Organ Sharing Statement: ethical and policy considerations in organ donation after circulatory determination of death». *Am J Respir Crit Care Med*, 1, 2013, pp. 103-109.

que las medidas necesarias para la extracción implican prolongar tratamientos fútiles que el paciente no habría deseado. En ambos casos se estarían priorizando los intereses de la sociedad sobre los del individuo antes de que este haya fallecido, es decir mientras sigue siendo paciente, y no todavía cadáver. ¿Este tipo de instrumentalización es siempre moralmente condenable?

Me propongo en este artículo ofrecer una respuesta justificada a la siguiente pregunta: ¿Bajo qué condiciones puede ser éticamente aceptable tratar como un medio a un paciente moribundo con el fin de salvar otras vidas gracias a sus órganos? Para contextualizar y mostrar la relevancia práctica de esta pregunta, será útil mostrar el elenco de circunstancias reales en las que este dilema se llega a plantear. Estos conflictos surgen –de forma diferenciada– en los dos tipos de donación cadavérica existentes: la donación tras muerte encefálica y la donación tras muerte cardio-respiratoria (o donación en asistolia). En este artículo me centraré sobre todo en el primer tipo, que constituye la fuente principal de órganos cadavéricos en España (10).

III. EL FINAL DE LA VIDA DE LOS DONANTES EN MUERTE ENCEFÁLICA

Los donantes en muerte encefálica son aquellos a los que se declara muertos por presentar una pérdida total e irreversible de las funciones cerebrales. Se trata, por lo tanto, de individuos de quienes se presume que ya no pueden tener ninguna experiencia consciente o, por así decirlo, en primera persona. Sus corazones siguen latiendo de forma espontánea, y su sistema respiratorio se encuentra asistido por un respirador. Su inestabilidad hemodinámica puede requerir la administración de fármacos destinados a mantener la presión sanguínea y la homeostasis del organismo. Se han descrito casos, muy excepcionales, de personas en muerte cerebral cuyas funciones fisiológicas han podido ser mantenidas, con esas medidas, durante semanas, meses y, en algunas ocasiones, durante años (11).

Los respiradores automáticos y los fármacos vasopresores se emplean rutinariamente en las unidades de críticos con una finalidad terapéutica, pero cuando se aplican a individuos en muerte cerebral, su único propósito es que se mantenga la circulación de sangre oxigenada a través del organismo y de ese modo preservar los órganos hasta obtener el consentimiento familiar y haber preparado la compleja intendencia asociada a un proceso de extracción. Ahora bien, si el propósito fuera mantener a esos pacientes con vida –si la familia no desease la extracción (12), o si

(10) Los donantes en muerte encefálica aportaron en 2012 cerca del 80% de los órganos trasplantados en España, mientras que los donantes en asistolia como los donantes vivos aportaron un 10% del total de donantes (cada grupo). Mis colaboradores y yo hemos tratado los problemas éticos asociados a la toma de decisiones al final de la vida de los donantes en asistolia no-controlada en RODRÍGUEZ-ARIAS, D., ORTEGA-DEBALLON, I., SMITH, M. J. y YOUNGNER, S. J., «Casting Light and Doubt on Uncontrolled DCDD Protocols». *Hastings Cent Rep*, 1, 2013, pp. 27-30.

(11) SHEWMON, D. A., «Chronic «brain death»: meta-analysis and conceptual consequences». *Neurology*, 6, 1998, pp. 1538-1545.

(12) GOSTIN, L. O., «Legal and Ethical Responsibilities Following Brain Death: The McMath and Munoz Cases». *JAMA*, 2014.

el individuo se encontrase en un país en el que la muerte cerebral no equivale legalmente a la muerte (13)– las intervenciones serían idénticas, o casi idénticas. No se puede salvar una vida sin salvar los órganos que la mantienen. En este sentido puede decirse que, de forma general, las medidas necesarias para favorecer la donación tras la muerte encefálica no restan oportunidades de supervivencia, sino que acaso las amplían, aunque solo sea para mantener las funciones fisiológicas de un organismo irreversiblemente inconsciente.

Una proporción elevada de los donantes en muerte encefálica son personas que han sido previamente ingresadas en una unidad de emergencias o de cuidados críticos por un daño neurológico severo provocado por un traumatismo o, más frecuentemente, por un accidente cerebro-vascular. Muchos de esos pacientes no cumplen inicialmente todos los criterios de muerte encefálica al no tener una pérdida *total* de sus funciones neurológicas, aunque puedan requerir un respirador automático. En el Reino Unido, Canadá, Estados Unidos y Holanda, es frecuente que estos pacientes nunca lleguen a encontrarse en muerte encefálica pues se les retira el soporte vital para dejarlos morir, antes de que alcancen ese estado. Al extubarlos, se pretende evitar cronificar una situación que no puede brindar al paciente ninguna calidad de vida presente ni futura. Se trata de evitar que esos pacientes entren en un coma permanente, lo que se conoce como estado vegetativo. Otra posible justificación para tomar la decisión de interrumpir el soporte vital de esos pacientes con pronóstico infausto es que permite ahorrar recursos y liberar camas para facilitar la hospitalización de otros pacientes que posiblemente podrían beneficiarse más de ellos. Al permitir que tenga lugar la muerte de esos pacientes que todavía no cumplen todos los criterios de muerte encefálica, sin embargo, se pierde la posibilidad de que acaben falleciendo y se conviertan en donantes de órganos. La extracción de órganos como el corazón, los pulmones, el páncreas, o el hígado solo es legal una vez confirmado el diagnóstico de muerte, pues la extracción de los mismos causaría la muerte del paciente (14). Erwin Kompanje y colaboradores plantearon en un artículo de 2006 un dilema al que debían enfrentarse:

[C]omenzar o continuar una ventilación mecánica en pacientes que no están en muerte cerebral, pero que están más allá de toda posibilidad de una supervivencia significativa, con el único propósito de esperar a la muerte cerebral y la posibilidad de la donación de órganos, plantea cierto riesgo de que el paciente no muera y permanezca en un estado vegetativo persistente (15).

(13) Este es el caso de Japón, donde la ley aceptó el criterio neurológico de muerte en 1996, y sólo cuando los familiares del individuo en muerte encefálica aceptan el diagnóstico y desean donar los órganos. En caso contrario y por defecto, los pacientes con una pérdida irreversible de sus funciones neurológicas se consideran vivos hasta que sufren, además, un paro circulatorio. LOCK, M. *Twice Dead. Organ transplants and the reinvention of death*, London, University of California Press, 2002.

(14) La regla del donante fallecido, o *dead donor rule*, es la regla implícita que prohíbe extraer órganos vitales de personas vivas. Al respecto, ROBERTSON, J.A., «The dead donor rule». *Hastings Cent Rep*, 6, 1999, pp. 6-14.

(15) KOMPANJE, E. J., BAKKER, J., SLIEKER, F.J., IJZERMANS, J. N. y MAAS, A. I., «Organ donations and unused potential donations in traumatic brain injury, subarachnoid haemorrhage and intracerebral haemorrhage». *Intensive Care Med*, 2, 2006, 217-222, p. 220.

Para algunos es injustificable dejar pasar esas oportunidades para la donación (16). Holanda, Canadá, el Reino Unido y Estados Unidos –países con altos índices de muertes tras limitación del esfuerzo terapéutico (LET)– fueron países pioneros en haber reducido ese «coste de oportunidad» recurriendo a la donación tras paro circulatorio provocado (controlado), que permite la extracción de riñones siempre y cuando los órganos se puedan recuperar sin que pase demasiado tiempo desde el paro circulatorio subsiguiente a la limitación del tratamiento de soporte vital (17). La tradición de esos países ha contrastado históricamente con la de las unidades españolas de críticos, familiarizadas más tardíamente con las prácticas de extubación y de donación tras paro circulatorio controlado. Lo que Andrés Esteban y colaboradores describen como una cultura históricamente más «conservadora» que la de otros países con respecto a la retirada de los respiradores en cuidados intensivos (18) explica la incorporación mucho más reciente de los protocolos de donación en asistolia controlada en este país (19). Sin embargo, el relativo rechazo social a la práctica de la extubación también puede haber servido durante años a los intereses de la donación tras muerte encefálica, al haber facilitado que muchos pacientes con un pronóstico neurológico catastrófico fueran mantenidos hasta que cumplieran los criterios legales de la muerte, pudiendo entonces convertirse en donantes de corazón, pulmones, páncreas, hígado y riñones.

IV. CONFLICTO DE INTERESES EN LA IDENTIFICACIÓN Y EL MANTENIMIENTO DE LOS POSIBLES DONANTES

Una de las razones por las que se pueden perder oportunidades para la donación es la no-identificación de donantes potenciales. Esto ocurre cada vez que un paciente con un pronóstico vital comprometidísimo (y que podría terminar siendo donante), acaba muriendo sin que se plantee a sus familiares la posibilidad de la donación. Los coordinadores de trasplante tienen por misión evitar que esto ocurra. Su presencia en hospitales incrementa la capacidad de identificar a donantes potenciales y de hecho está asociada a un incremento de las cifras de donación. España, donde se dispone de más coordinadores de trasplante por millón de habitantes que en ningún otro país, es buen ejemplo de ello (20). Pero no basta con que haya coordinadores. Es preciso, además, que esos profesionales tengan un acceso fácil a los

(16) RIAD, H., NICHOLLS, A., NEUBERGER, J., WILLATTS, S. M., SELLS, R. A., *et al.*, «Elective ventilation of potential organ donors». *BMJ*, 6981, 1995, pp. 714-715.

(17) Comparativamente, estos protocolos son menos eficientes que los de donación tras muerte encefálica en términos de órganos extraídos y trasplantables, pues en la mayoría de los casos excluyen el corazón y los pulmones, y sólo ocasionalmente permiten los trasplantes de hígado y páncreas, siendo los riñones los únicos órganos provenientes de estos pacientes que se trasplantan con éxito.

(18) ESTEBAN, A., GORDO, F., SOLSONA, J. F., ALIA, I., CABALLERO, J., *et al.*, «Withdrawing and withholding life support in the intensive care unit: a Spanish prospective multi-centre observational study». *Intensive Care Med*, 11, 2001, pp. 1744-1749.

(19) ORGANIZACIÓN NACIONAL DE TRASPLANTES [Donación en asistolia en España: situación actual y recomendaciones. Documento de Consenso Nacional 2012], 2012.

(20) SENOUCI, K., GUERRINI, P., DIENE, E., ATINAULT, A., CLAQUIN, J., *et al.*, «A survey on patients admitted in severe coma: implications for brain death identification and organ donation». *Intensive Care Med*, 1, 2004, pp. 38-44.

servicios de cuidados intensivos y de urgencias, que es donde la mayoría de los pacientes muere.

Según el director de la Organización Nacional de Trasplantes, Rafael Matesanz, resulta fundamental que los coordinadores sean al mismo tiempo médicos intensivistas. Cerca del 80% de los coordinadores españoles de trasplante son médicos intensivistas (21). Su familiaridad con los cuidados intensivos les permite identificar de forma precoz los casos de muerte cerebral, y su autoridad como médicos los legitima para disuadir a sus pares de dejar pasar la posibilidad de la donación, lo que ocurre cada vez que no se mantiene a los pacientes con daño neurológico severo con el soporte vital hasta que evolucionan hacia muerte cerebral. En palabras del propio director de la ONT:

La idea de que haya al menos un médico a tiempo parcial en el equipo de coordinación, tesis que personalmente he mantenido contra viento y marea, tiene un origen si se quiere clasista, pero real como la vida misma [...] El mero planteamiento de la donación es desagradable e implica, a veces un buen número de horas de retraso y un trabajo adicional. Nada que anime a seguir por ese camino. En tal tesitura, la intervención de alguien jerárquicamente inferior, como sucedía con las enfermeras, pero también con los médicos residentes, difícilmente servía para controlar la situación. [...] Cualquiera que conozca un hospital, sabe que estas discusiones sólo las puede afrontar un médico que domine el tema y la situación. En este aspecto se resume la causa principal de que los sistemas de donación de órganos sean un perfecto desastre en no pocos países del centro y norte de Europa, aunque muchos de ellos nunca lo querrán reconocer (22).

Gracias a unas conversaciones que he podido tener con responsables europeos y norteamericanos de políticas de trasplante, he podido preguntarles sobre la oportunidad de implementar esa medida que en España ha resultado ser tan eficaz sin ser excesivamente costosa económicamente. En Canadá, un país que lleva años tratando de aumentar sus bajas cifras de donación, se me informó que no reunir en una misma persona las responsabilidades de médico intensivista y coordinador de trasplantes había sido una decisión consciente con la que se pretendía evitar a los profesionales –y al sistema de donación– problemas éticos y legales derivados de los conflictos de intereses a los que se ven sometidos los coordinadores españoles. En Canadá, como en Estados Unidos, lo habitual ha sido desvincular por completo a los coordinadores de trasplante del cuidado de los pacientes que podrían convertirse en donantes, hasta el punto de que las organizaciones de extracción de órganos (*organ procurement organizations, OPOs*) muchas veces ni siquiera se encuentran en los propios hospitales, sino fuera, y solo se las contacta cuando los equipos sanitarios ya han agotado toda tentativa terapéutica sobre los pacientes. ¿En qué consisten esos conflictos de intereses?

En cada oficio, el profesional debe perseguir varios fines. Algunos son primarios y específicos de esa profesión, mientras que otros son secundarios. El fin pri-

(21) ESCUDERO, D., COFIÑO, L., GRACIA, D., PALACIOS, M., CASARES, M., *et al.*, «Cranioplasty with bandaging. new forms of limitation of life support and organ donation». *Med Intensiva*, 3, 2013, pp. 180-184.

(22) MATESANZ, R., *El milagro de los trasplantes*, La esfera de los libros, Madrid, 2006, pp. 109-110.

mario de un profesional de la administración pública es el servicio público; el de un militar la seguridad de un país. El fin primario de un sanitario es velar por la salud y el bienestar de los pacientes. En el ejercicio de la profesión se persiguen otros fines que, siendo legítimos, no son primarios ni generalmente específicos de esa profesión, como generar conocimiento, obtener reconocimiento o dinero, preservar el honor de una nación, etc. Un conflicto de intereses se produce cuando el juicio que un profesional realiza sobre lo que debería constituir su interés prioritario podría verse influido –conscientemente o no– por un interés secundario (23). Buscar cualquiera de estos intereses secundarios no es en sí mismo malo; lo que es inapropiado es que el objetivo prioritario de la profesión se vea subordinado a la consecución de otros secundarios. Lo que está en juego no es sólo el bienestar de los pacientes –o de los ciudadanos, en el caso de quien trabaja en la administración pública–, sino la propia credibilidad del profesional. La subordinación del interés primario de un funcionario público –por ejemplo un alcalde– a un interés secundario como puede ser el beneficio de sus familiares, degrada la naturaleza misma de su trabajo, lo corrompe. La corrupción no solo daña a personas, sino que daña la confianza que se deposita en quienes ya han dejado de servir a los intereses que les fueron encomendados. Los conflictos de intereses no conducen necesariamente a prácticas inadecuadas, dañinas o corruptas, pero son un caldo de cultivo muy propicio para que los profesionales se degraden éticamente y acaben desmereciendo la confianza depositada en ellos. Por eso es tan importante reconocer la existencia de conflictos de intereses y, en la medida de lo posible, poner medidas para evitar que sus efectos más dañinos tengan lugar.

Al reunir en una sola persona la figura de médico intensivista –cuyo interés primario es curar o cuidar pacientes– y de coordinador de trasplantes –cuyo interés primario es obtener órganos– se puede producir un daño a los pacientes privándole de los tratamientos que debería recibir o sometiénolo a medidas sin indicación terapéutica y que no habría aceptado, solo con el propósito de obtener sus órganos. En ambos casos, el médico intensivista habría supeditado su interés primario (el beneficio, el bienestar o los intereses de sus pacientes, lo cual implica curarlos, cuidarlos y acompañarlos al final de sus vidas para que tengan una muerte coherente con sus valores) al que es secundario como intensivista pero primario desde su rol como coordinador (obtener órganos, beneficiar a los receptores de órganos, beneficiar al sistema público de salud evitando costes de diálisis, etc.). Ese conflicto de intereses puede, además, repercutir negativamente en la reputación médica y en el ejercicio profesional de la medicina, particularmente el de la medicina de trasplantes, cuyo éxito a largo plazo depende de que las personas confíen lo suficiente en ella como para seguir permitiendo la extracción de sus órganos.

En España es una tarea pendiente delimitar el alcance de los riesgos que esta situación poco conocida y menos discutida puede crear para la donación de órganos. Más aun teniendo en cuenta que España es de los pocos países en el mundo en los que se permite que los profesionales involucrados en la donación sean remunerados con incentivos proporcionales a su actividad (al número de donantes identi-

(23) THOMPSON, D.F., «Understanding financial conflicts of interest». *N Engl J Med*, 8, 1993, pp. 573-576.

cados y de órganos extraídos)(24). ¿Tiene esto algún impacto? Los resultados de un análisis comparativo(Roels *et al.* 2007) sobre la eficiencia de diferentes modelos de trasplante así lo podrían sugerir: si bien España es el país que más donantes consigue por millón de habitantes, también es uno de los que más órganos extraídos desecha por no cumplir requisitos mínimos de calidad y seguridad. Una parte importante de los órganos extraídos en España no se acaba trasplantando, al no encontrarse en condiciones apropiadas para el implante(25).

Aparte de disponer de un número comparativamente superior de coordinadores de trasplante que son médicos intensivistas incentivados económicamente en función del número de donantes identificados y de órganos extraídos(26), España ha sido pionera en establecer un programa de calidad para optimizar la identificación y reducir la pérdida de donantes potenciales(27). Este programa obliga a los coordinadores españoles a tener un conocimiento puntual y exhaustivo de las potencialidades de donación en sus servicios de críticos, y les exige una supervisión prospectiva sobre todos los pacientes en cuidados intensivos susceptibles de evolucionar hacia muerte encefálica. El programa de calidad incluye además auditorías retrospectivas sobre la muerte cerebral, mediante las cuales se detectan fallos previos en la identificación de donantes potenciales y se invita a los responsables a justificar los motivos de la no identificación y de la pérdida de donantes(28). Estos factores dan en parte cuenta de por qué en España ha habido tradicionalmente más donantes en muerte encefálica que en otros países. La forma más conservadora de gestionar el final de la vida de los pacientes neurocríticos, tendente a no desconectarles del respirador antes de que se encuentren en muerte encefálica, contribuye a explicar por qué durante años en España el número de muertes encefálicas haya sido proporcionalmente superior al de otros países, como Holanda(29).

La mayor disponibilidad de donantes en muerte encefálica explica también que durante años no se necesitase o no se considerase oportuno recurrir a la donación en asistolia controlada(30).

(24) COSTAS-LOMBARDIA, E. y FERERES CASTIEL, J., «The easy success of the Spanish model for organ transplantation». *Artif Organs*, 9, 2011, pp. 835-837.

(25) ROELS, L., COHEN, B. y GACHET, C., «Countries' donation performance in perspective: time for more accurate comparative methodologies». *Am J Transplant*, 6, 2007, 1439-1441: 1439. Un estudio complementario de Natividad Cuende y colaboradores demuestra que la relativa menor eficiencia española en el trasplante de órganos también tiene que ver en gran medida con la edad media más elevada de los donantes en España. CUENDE, N., CUENDE, J.I., FAJARDO, J., HUET, J. y ALONSO, M., «Effect of population aging on the international organ donation rates and the effectiveness of the donation process». *Ibid.* pp. 1526-1535.

(26) COSTAS-LOMBARDIA, E. y FERERES CASTIEL, J., «The easy success of the Spanish model for organ transplantation». *Artif Organs*, 9, 2011, pp. 835-837.

(27) CUENDE, N., CANON, J.F., ALONSO, M., DELAGEBASALA, C. M., SAGREDO, E., *et al.*, «[Quality assurance program in the process of donation and transplantation at the National Organization of Transplantations]». *Nefrología*, 2001, pp. 65-76.

(28) CUENDE, N. y DE LA ROSA, G., «Programa de calidad en la donación de órganos», *El modelo español de coordinación y trasplantes*, Aula Médica, Madrid, 2008, pp. 149-160.

(29) MATESANZ, R., «Factors influencing the adaptation of the Spanish Model of organ donation». *Transpl Int*, 10, 2003, pp. 736-741; KOMPANJE, E. J., BAKKER, J., SLIEKER, F. J., IJZERMANS, J. N. y MAAS, A. I., «Organ donations and unused potential donations in traumatic brain injury, subarachnoid haemorrhage and intracerebral haemorrhage». *Intensive Care Med*, 2, 2006, pp. 217-222.

(30) La ONT ha reconocido entre sus razones para haber pospuesto la aceptación de la donación en asistolia controlada el riesgo de que ese tipo de programas pudiera dañar a los programas de

Como señalaban Erwin Kompanje y colaboradores, uno de los riesgos de mantener temporalmente a pacientes irreversibles con una ventilación mecánica para que sean donantes es que algunos de esos pacientes con pronóstico muy pobre acaben sobreviviendo con un daño neurológico severo y crónico a resultas de haber llevado a cabo tales intervenciones sin expectativa de utilidad terapéutica. Para justificar estas prácticas, en España se ha llegado a invocar el beneficio social que ofrece la oportunidad creada para la donación con el fin de justificar el mantenimiento en ventilación mecánica en esos pacientes:

En virtud del principio de justicia se considera que estos pacientes deben ingresar en las UCIs. Se considera éticamente aceptable que aunque algunos pacientes evolucionan hacia estado vegetativo persistente en virtud de un tratamiento agresivo en la UCI y se atente contra el principio de no maleficencia, es prioritario el beneficio social que la donación de órganos supone. Se debe informar con claridad a los familiares de todos estos procesos y probabilidades. El estado debería asumir las cargas sociales derivadas de la perpetuación de estos pacientes en Estado Vegetativo Persistente (31).

El reconocimiento de que tales intervenciones pueden resultar maleficientes para esos pacientes presupone la posibilidad de que se puede dañar a un paciente a pesar de encontrarse irreversiblemente inconsciente. Al respecto, cabe decir que, si bien los intereses de un paciente moribundo decrecen al encontrarse irreversiblemente inconsciente, no desaparecen. Como señalaba al comienzo, existen intereses supervivientes a la pérdida definitiva de la conciencia, como el que se puede tener en no ser sometido a tratamientos fútiles para el beneficio de terceros. La pregunta que importa responder es por tanto la siguiente: ¿Existe alguna circunstancia en la que podría estar justificado comenzar o mantener un tratamiento agresivo que no se realiza por el interés individual del paciente/donante, sino solo porque es necesario para beneficiar a los potenciales receptores de sus órganos? Trataré este asunto en los apartados 8 y 9.

V. LA *ELECTIVE VENTILATION* Y EL TRATAMIENTO CONDICIONAL DE LOS PACIENTES

Parece importante señalar una diferencia entre el contexto clínico que conduce a la decisión de intubar a un paciente neurocrítico, y aquel en el que se decide no retirarle el respirador. Mientras que la primera decisión permite estabilizar al paciente crítico y llevar a cabo un diagnóstico y un pronóstico de su situación (32),

donación en muerte encefálica, que son más eficientes en la medida que permiten una extracción multiorgánica (incluido el corazón). ONT. Plan donación cuarenta: plan de acción para la mejora de la donación y el trasplante de órganos. Versión borrador 1.3 abril 2008. Madrid: Organización Nacional de Trasplantes, 2008.

(31) LARA, M., Donor Action en la Comunidad de Castilla y León, Uninet, 1st International Congress of Nephrology in Internet, Burgos, 2000, <http://www.uninet.edu/cin2000/conferencas/MLara/mlara1/sld025.htm> (05/10/12).

(32) DE LORA, P. y BLANCO, A. P., «Dignifying death and the morality of elective ventilation». *J Med Ethics*, 3, 2013, pp. 145-148.

el objetivo fundamental de la segunda –una vez confirmado el diagnóstico y conocido el pobre pronóstico– solo es preservar la oportunidad de la donación, con la expectativa de que se produzca la muerte encefálica. Mantener el tratamiento de soporte vital una vez que se sabe que no puede beneficiar a ese paciente, incrementar las posibilidades de una extracción multiorgánica. Aparte de la posible instrumentalización del paciente, otra duda que plantea este tipo de intervención tiene que ver con la justificación de dedicar unos recursos médicos escasos y caros a pacientes que no podrán experimentar ningún beneficio individual al recibirlos. ¿Debe destinarse una cama de cuidados intensivos a un paciente del que lo único que se espera es que muera, cuando otro podría necesitarla para salvarse?

La disponibilidad de camas en cuidados intensivos y de médicos intensivistas juega un papel decisivo en la sostenibilidad de cualquier sistema de trasplantes, pues la mayoría de los pacientes en muerte encefálica se encuentran en esos servicios. En España se han dedicado más recursos a cuidados intensivos que en otros países, como Italia, Alemania, el Reino Unido o Francia (33). A pesar de eso, según Rafael Matesanz, en términos estrictamente económicos, el coste en cuidados intensivos puede justificarse con creces por el ahorro que los trasplantes suponen para el sistema nacional de salud en gasto de terapias sustitutorias, como la diálisis (34). El beneficio global podría ser positivo, aunque mantener a esos pacientes con vida fisiológica hasta que se llegue a la pérdida irreversible de las funciones encefálicas (muerte encefálica por hipertensión endocraneal) a veces puede llevar días, y el proceso puede ocasionalmente acabar no generando ningún órgano si el paciente no fallece sino que evoluciona en estado vegetativo, si los órganos se descartan por no cumplir unos requisitos mínimos de calidad, o si los familiares terminan oponiéndose a la donación. Para evitar este último escenario enormemente costoso, tanto en términos económicos como emocionales para profesionales y familiares, se ha discutido la posibilidad de comenzar una discusión prematura con la familia acerca de la opción de la donación; discusión que tiene lugar *antes* de que esos enfermos terminales hayan fallecido. Esta estrategia permite tomar la decisión de continuar el soporte vital solo si existe una posibilidad de donación y si la familia se muestra favorable a la extracción de órganos. Esto es lo que se entiende por *elective ventilation* (EV). La EV hace que se transfiera con asistencia respiratoria a un paciente muriente a una unidad de cuidados intensivos, donde será mantenido, con el consentimiento de su familia, hasta que se confirme la muerte encefálica y se extraigan sus órganos (35). Los defensores de esta práctica sostienen que resulta beneficiosa para todas las partes involucradas, y que no daña a nadie, y enfatizan el impacto positivo en el aumento de las cifras de donación (36). Sus objetores, en cambio, discuten por un lado la legitimidad de instaurar medidas que no benefician al paciente y que se llevan a cabo sin su consentimiento explíci-

(33) MATESANZ, R., «Factors influencing the adaptation of the Spanish Model of organ donation». *Transpl Int*, 10, 2003, pp. 736-741.

(34) MATESANZ, R., *El milagro de los trasplantes*, La esfera de los libros, Madrid, 2006, p. 160.

(35) RIAD, H., NICHOLLS, A., NEUBERGER, J., WILLATTS, S.M., SELLS, R. A., *et al.*, «Elective ventilation of potential organ donors». *BMJ*, 6981, 1995, pp. 714-715.

(36) En el hospital de Exeter, el protocolo de *elective ventilation* permitió que ese hospital se convirtiera, antes de que se prohibiera, en el que mayores cifras de donación tenía de toda Inglaterra. *Ibid.*

to, y cuestionan, por otro, la legalidad de que los familiares consientan, en nombre del paciente, una medida que no le puede beneficiar.

Pablo de Lora y Alicia Pérez Blanco argumentan, a favor de esta estrategia, que la EV contribuye a dignificar la muerte, en la medida en que el mantenimiento de la respiración asistida no viola el principio de no-maleficencia, empodera a la familia al darles una oportunidad de involucrarse en el manejo del proceso de morir de su ser querido y posibilita la extracción de órganos (37). Consideran que la extracción constituye un interés superviviente del paciente irreversiblemente inconsciente y un ejercicio post-mortem de su autodeterminación (38). Añaden más razones a favor de la EV: el mantenimiento en cuidados intensivos permite aliviar el sufrimiento de los pacientes, ofrecerles medidas de confort y controlar mejor la forma en que tiene lugar la muerte, facilitando que esta se produzca en circunstancias más decorosas, y no por un abandono del paciente con severo daño neurológico «a las malas y desagradables consecuencias de la degradación» a la que «el curso natural de los eventos está conduciendo» (39). Por todo ello, concluyen:

[E]n ausencia de una instrucción previa por parte del paciente, forma parte del apropiado juicio clínico iniciar la ventilación en un paciente que ha sufrido un daño cerebral catastrófico, la EV ofrece los medios necesarios para prever las posibilidades de supervivencia del paciente, y sí, permitirá la obtención de órganos, que es, de cualquier modo, éticamente deseable. Pero por encima de todo, la EV constituye un medio de aportar cierta dignidad al proceso de morir (40).

Estos autores basan esta afirmación en la premisa de que se desconoce la etiología y posible evolución de estos pacientes, lo que justificaría, por prudencia, una primera intervención para mantener la vida de esos pacientes, cuyas funciones vitales pueden ser sostenidas –e interrumpidas– más fácilmente en las unidades de cuidados intensivos. Como objetivo secundario está presente en el planteamiento de estos autores la conveniencia de facilitar la extracción de órganos. Coincidió con estos autores en su defensa de la donación como un objetivo éticamente deseable, y con la afirmación fáctica de que la EV la promueve. Aunque con alguna reserva, suscribo también la opinión de que el mantenimiento del soporte vital en pacientes con un daño neurológico catastrófico difícilmente puede implicar un riesgo de que el paciente experimente un mayor sufrimiento, pues el paciente –casi con toda seguridad– se encuentra total e irreversiblemente inconsciente (41). Sin embargo, me resulta cuestionable la afirmación según la cual el respirador mantenido con un fin que, en algún momento, deja de ser terapéutico incrementa de forma crucial la dignidad durante el proceso de morir. Morir como resultado de una interrupción abrupta del soporte vital puede ser un fenómeno más decoroso que una agonía

(37) DE LORA, P. y BLANCO, A. P., «Dignifying death and the morality of elective ventilation». *J Med Ethics*, 3, 2013, pp. 145-148.

(38) Sorprendentemente, estos autores consideran aceptable esta intervención incluso en aquellos casos en los que el individuo no se ha pronunciado al respecto.

(39) DE LORA, P. y BLANCO, A. P., «Dignifying death and the morality of elective ventilation». *J Med Ethics*, 3, 2013, pp. 145-148.

(40) *Ibid.* p. 147.

(41) Evito intencionadamente ser tajante al expresar una opinión que, siendo mayoritaria, cuenta con algunas opiniones razonables en su contra, como las defendidas en VERHEIJDE, J.L. y RADY, M.Y., «Justifying physician-assisted death in organ donation». *Am J Bioeth*, 8, 2011, pp. 52-54.

larga. Sin embargo, mantener conectado a un respirador a alguien sin posibilidad de supervivencia con calidad de vida es también una forma de obstinación terapéutica que solo podría ser justificable con el consentimiento de la persona afectada. Algunas personas en esa circunstancia podrían tener un interés en ser mantenidas con vida para salvar a otros pacientes con sus órganos. Otras, sin embargo, preferirían no ser sometidas a tales procedimientos, incluso sabiendo que la vida de otras personas está en juego. Llevar a cabo esas intervenciones, sin saber lo que la persona más directamente concernida opina u opinaba al respecto, por el beneficio social que eso puede aportar, constituye una forma de instrumentalización que posiblemente está justificada desde un punto de vista utilitarista, pero que resulta difícilmente compatible con la idea de dignidad, al menos si esta es entendida como no instrumentalización (42).

La EV también contradice el postulado de que las decisiones sobre el final de la vida deben ser previas e independientes de la decisión de la donación: el juicio sobre la oportunidad de dejar morir se ve influido por consideraciones de tipo colectivista que juzgan apropiado que el individuo comience a ser tratado como donante potencial antes de haber fallecido (43). Tal planteamiento asume una visión de la salud que antepone los intereses colectivos a los individuales, y trata en cierto sentido el cuerpo de un moribundo como un bien perteneciente a la colectividad y susceptible de ser usado –sin el consentimiento de la persona a la que pertenece o pertenecía– para favorecer el bien común (44). No discuto aquí que esto sea o no éticamente aceptable. Simplemente me limito a señalar que este planteamiento difícilmente acompaña una interpretación común de la idea de dignidad, que prohíbe la instrumentalización y exige de los sanitarios una lealtad y un respeto prioritario a sus pacientes, por encima de otros intereses.

Supone, por lo demás, una violación del principio de autonomía. Como cualquier otro principio de la bioética, la autonomía no exige un cumplimiento absoluto, pero toda excepción al mismo requiere una justificación razonada. ¿Cómo compatibilizar la EV con la recomendación del organismo canadiense citada anteriormente de que «las decisiones sobre un ser humano deben guiarse por los valores y creencias que ese individuo tiene acerca de lo que significa una vida y una muerte significativas»? En un sistema de consentimiento presunto, como el español, no resulta difícil imaginar situaciones en las que el respeto del paciente y el interés colectivo de preservar sus órganos mediante una EV son objetivos rivales. Naturalmente, el mantenimiento con vida más allá de lo terapéuticamente indicado, para el beneficio de terceros, puede formar parte de los deseos de algunas personas. Sin embargo, al menos igualmente concebible es que otras personas deseen sobrevivir sólo en la medida en que existan probabilidades de supervivencia

(42) Paulus Kaufmann ha argumentado a favor de entender la idea de dignidad como no instrumentalización en KAUFMANN, P., «Instrumentalization: What Does It Mean to Use a Person?», *Humiliation, Degradation, Dehumanization: Human Dignity Violated*, Springer, Dordrecht, 2011, pp. 57-66.

(43) Otro riesgo es que la propuesta de la reanimación condicionada al compromiso de la donación suponga una presión indebida a los familiares del paciente, en particular en aquellos casos en los que estos albergan alguna esperanza (por infundada que sea) de que el paciente se recupere.

(44) Una defensa de que el cuerpo debe pertenecer a la sociedad puede encontrarse en GIORDANO, S., «Is the body a republic?» *J Med Ethics*, 8, 2005, pp. 470-475 Henry Kreis ha desarrollado también esta idea en «Whose organs are they, anyway?», http://nereja.free.fr/files/Conditional_Apropriation07.pdf (31/01/2014)

con una mínima calidad de vida, y que cuando éstas hayan desaparecido, su interés sea dejar de vivir. Sería interesante investigar cuántas de esas personas estarían dispuestas a ceder el cumplimiento de sus preferencias al final de su vida cuando hacerlo impidiese salvar otras vidas. La actitud de quienes prefieran morir a pesar de todo posiblemente merezca el calificativo de «egoísta». ¿La convierte eso en éticamente inaceptable? (45) Dejaré esta difícil cuestión para otro trabajo. Aunque morir de forma rápida y decorosa puede ser más compatible con la dignidad de una persona que hacerlo de forma lenta e innoble, tratar a un paciente como un mero medio prescindiendo de su autonomía también atenta contra su dignidad.

Se puede objetar a mi conclusión que muchas personas saben en qué consiste la donación de órganos, conocen lo que implica, y a pesar de ello no acuden a inscribir su nombre en los registros de rechazo. Ciertamente, algunas personas conocen los detalles técnicos de la donación y desean a pesar de todo ser donantes. En esos casos efectivamente habría motivos para afirmar que la EV puede contribuir a preservar un interés superviviente de los donantes en mejorar la salud de otras personas mediante una extracción de órganos. Ahora bien, como reconoce Pablo de Lora en otro artículo (46), este no es el caso de la mayoría de las personas en los países que disponen de un modelo de consentimiento presunto, donde la información sobre las particularidades de la donación no está disponible y ni siquiera es fácil de encontrar (47). En muchos países con consentimiento presunto, incluido España, ni siquiera se han habilitado registros de rechazo para la donación (48).

VI. NUEVAS FORMAS DE MORIR PARA LA DONACIÓN DE ÓRGANOS

En España, es cada vez más frecuente que en cuidados intensivos las familias soliciten a los médicos interrumpir el tratamiento de soporte vital antes de que los pacientes se encuentren en muerte cerebral. Los rechazos de tratamiento y las instrucciones previas por parte de los propios pacientes están contribuyendo a un importante cambio de cultura en cuidados intensivos con respecto a la limitación del tratamiento de soporte vital. Lo que hasta hace pocos años se consideraba como una inaceptable forma de «matar» a los pacientes, se está convirtiendo en una forma cada vez más aceptada de «facilitar» la muerte a aquellos que se encuentran gravemente enfermos para, de ese modo, evitar situaciones de obstinación terapéutica. Estos cambios están sin embargo teniendo un impacto negativo en las cifras de donación. La mayor incidencia de la limitación del tratamiento de soporte vital está contribuyendo —junto con otros factores, como el descenso de accidentes de carre-

(45) Entiendo que quienes consideran ilegítimo no donar los órganos tras la muerte se comprometen con una postura favorable a la conscripción del cuerpo. Esta opción, razonable, implica una serie de problemas éticos y políticos que lamentablemente no puedo tratar aquí.

(46) DE LORA, P., «What does «presumed consent» might presume? Preservation measures and uncontrolled donation after circulatory determination of death». *Med Health Care Philos*, 2014.

(47) Casi el 80% de la población española afirma desconocer la legislación sobre donación y trasplante. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_333a_en.pdf (15/05/2013).

(48) ABADIE, A. y GAY, S., «The impact of presumed consent legislation on cadaveric organ donation: a cross-country study». *J Health Econ*, 4, 2006, pp. 599-620.

tera, o el mejor manejo clínico de los accidentes cerebrovasculares— a una disminución progresiva del número de donantes en muerte encefálica.

Los pacientes a quienes se deja de mantener con vida mueren por un cese cardiorrespiratorio, lo que implica, en circunstancias habituales, un riesgo inmediato de deterioro de los órganos por isquemia (falta de oxigenación). Estas circunstancias han contribuido a que la Organización Nacional de Trasplantes haya comenzado a promover la donación tras paro circulatorio controlado (también denominada donación en asistolia controlada) (49) y a levantar oficialmente (50) la moratoria que en España pendía sobre estos protocolos desde mediados de los años 1990 (51). Con todo, la donación tras paro circulatorio es menos ventajosa en términos de órganos extraíbles: generalmente solo se pueden trasplantar los riñones de estos pacientes, y a veces también el hígado. De manera que sigue considerándose menos preferible que la que sucede tras muerte encefálica. Los órganos torácicos —corazón y pulmones— se descartan en la inmensa mayoría de los donantes en asistolia. Además, el hecho de que el paro circulatorio pueda llegar tras un período prolongado de baja perfusión hace que a menudo los órganos se deterioren durante el proceso, lo que acaba contraindicando incluso la extracción renal (52).

Otra de las causas por las que han disminuido las muertes encefálicas en las UCIs es el uso, cada vez más frecuente, de cirugías craneales descompresivas (craniectomía descompresiva, CD) en pacientes neurocríticos con síndrome de hipertensión intracraneal. Esas cirugías se llevan a cabo para descomprimir el cerebro inflamado y permitir que la presión sanguínea siga siendo superior a la craneal, facilitando de este modo el riego cerebral. Estas agresivas intervenciones evitan que se produzca un cese circulatorio al cerebro y, un enclavamiento cerebral o muerte encefálica. La técnica consiste básicamente en realizar una apertura en el cráneo para que el cerebro inflamado pueda extenderse y no quede tan aprisionado en la cavidad craneal, que es estanca. Sus beneficios son todavía inciertos, pero su aplicación en donantes potenciales ha generado situaciones insólitas.

Dolores Escudero, junto con una serie de médicos y reconocidos especialistas españoles en bioética, comentaron en 2013 el caso de un paciente ingresado en el Hospital Central de Asturias al que se le sometió a una craniectomía descompresiva para salvarle la vida, y que acabó siendo donante de órganos tras fallecer por criterio neurológico (53). La craniectomía consiguió en este caso evitar que el paciente evolucionase rápidamente hacia muerte encefálica, pero fracasó al no propiciar su recuperación neurológica. Ante el pronóstico catastrófico y la futilidad de

(49) CORRAL, E., MAYNAR, J., SARALEGUI, I. y MANZANO, A., «[Non-beating heart donors-Maastricht type III: a real option]». *Med Intensiva*, 1, 2011, pp. 59-60.

(50) ORGANIZACIÓN NACIONAL DE TRASPLANTES, [Donación en asistolia en España: situación actual y recomendaciones. Documento de Consenso Nacional 2012], 2012.

(51) En estos protocolos, se espera a que tenga lugar el paro circulatorio, y a partir de ese momento se deja transcurrir un tiempo (variable, aunque generalmente de 5 minutos), al cabo del cual se certifica la muerte y comienzan las intervenciones destinadas a preservar y extraer los órganos. MATESANZ, R., «Documento de consenso español sobre extracción de órganos de donantes en asistolia». *Nefrología*, supl. 2, 1996.

(52) MORRISSEY, P. E., «The case for kidney donation before end-of-life care». *Am J Bioeth*, 6, 2012, pp. 1-8.

(53) ESCUDERO, D., COFIÑO, L., GRACIA, D., PALACIOS, M., CASARES, M., *et al.*, «Cranioplasty with bandaging. new forms of limitation of life support and organ donation». *Med Intensiva*, 3, 2013, pp. 180-184.

mantener con vida a ese paciente, los profesionales de cuidados intensivos se plantearon dos opciones. Por un lado, existía la posibilidad de interrumpir la asistencia ventilatoria, lo que habría acabado provocando una muerte por criterio circulatorio –y abriendo una posibilidad a la extracción urgente de órganos tras paro circulatorio controlado. La segunda opción consistía en facilitar la muerte por criterio neurológico volviendo a comprimir la masa cerebral previamente liberada gracias a la craneotomía. Se elige una craneoplastia con vendaje por, al menos, dos motivos. Por un lado, el médico responsable del paciente estima que esa opción es «más cercana a la libre evolución de su lesión original». Se considera como una forma de limitación del tratamiento de soporte vital. Por otro, frente a su alternativa, esa opción permite maximizar las oportunidades de una donación multiorgánica. La descripción que los autores ofrecen del caso permite leer que se informó «detalladamente a la familia de las razones de tal medida y de sus posibles consecuencias» (54).

Para llevar a cabo el procedimiento, los profesionales involucrados valoraron la posibilidad de recolocar la porción craneal previamente diseccionada quirúrgicamente, pero esta opción se desestimó por considerarse que implicaba un consumo de recursos injustificados. Alternativamente, se recurrió a un vendaje compresivo (craneoplastia con vendaje, CCV), que acabó provocando la muerte encefálica y permitiendo una extracción multiorgánica. Como han afirmado posteriormente,

Revertir el efecto de la CD mediante la reposición ósea, exigía llevar al paciente a quirófano, algo totalmente desproporcionado en su situación clínica. El vendaje craneal imita de forma parcial la reposición del hueso, luego se puede considerar una forma de LTSV [limitación del tratamiento de soporte vital].

Los autores han ofrecido detalles sobre las razones que les conducía a considerar justificable la opción de la CCV. En defensa de la idea de que esa intervención era en sí misma éticamente aceptable por ser *una forma –no diferenciable de otras– de limitación del soporte vital*, han afirmado lo siguiente:

Revertir el efecto de la cirugía descompresiva mediante la craneoplastia con vendaje puede ser considerado éticamente similar a otras formas de LTSV ya que no vulnera los principios de beneficencia y no-maleficencia (55).

En este caso, la CD [craneoplastia descompresiva] ya no cumplía su objetivo y era un tratamiento fútil que impedía la evolución natural del paciente a muerte encefálica (ME), prolongando su agonía de modo similar a como lo haría un respirador artificial (56).

Por otro lado, se han ofrecido un argumento de tipo consecuencialista, fundado en el deseo explícito de beneficiar a más personas si la muerte se llegaba a producir por criterio neurológico:

(54) *Ibid.*

(55) *Ibid.*, p. 183

(56) ESCUDERO, D., MARTINEZ, K., SARALEGUI, I. y SIMON, P., «Further clarifications on the limitation of life-sustaining treatment and organ donation». *Ibid.* 2014, pp. 197-198.

Algunos autores, han estimado que una donación multiorgánica de 6 órganos, genera 55,8 años de vida para los diversos receptores y por lo tanto, un importante beneficio social apoyando el principio de justicia. [...] El hecho de que en la práctica clínica se aplique tradicionalmente y de forma más frecuente y protocolizada la extubación, no justifica que se deba primar esta modalidad de LTSV frente a otras formas como la craneoplastia con vendaje, sobre todo en los casos que exista una potencial donación de órganos (57).

En una carta al editor de la revista que publicó este caso, un filósofo del derecho, dos médicos intensivistas y yo subrayamos tres dificultades prácticas y teóricas que planteaba y la solución que se le había dado. Por un lado preguntamos si realmente cabe denominar a la craneoplastia con vendaje una LTSV. Desde nuestro punto de vista, se parecía más a una muerte médicamente inducida que a una limitación del esfuerzo terapéutico. Para defender esto último destacamos tres elementos de la craneoplastia con vendaje que no siempre están presentes en una LTSV: 1. Que existe una conducta activa, 2. Que existe una relación causal entre la intervención médica y la muerte, y 3. Una intención (preferencia) explícita de que el paciente muriera por muerte encefálica. Sin entrar a valorar moralmente esa intervención en cuanto tal –salvo acaso para defender su licitud bajo ciertas condiciones, como el consentimiento del paciente y su familia–, sí expresamos reservas sobre la idoneidad de referirse a esa intervención como una LTSV. En segundo lugar, planteamos un posible reto de coherencia práctica. Si este tipo de intervenciones podía justificarse en un paciente sin perspectiva de recuperación neurológica, pero que no había perdido por completo sus funciones corticales, ¿podría un razonamiento análogo justificar que se lleven a cabo acciones similares sobre otros enfermos con un daño cortical igual o mayor, como los pacientes en estado vegetativo, para que sus órganos puedan ser extraídos? Por último, preguntamos bajo qué condiciones es aceptable tratar a un individuo que todavía no ha fallecido como un medio para que se convierta en donante de órganos; si es aceptable realizar intervenciones que no pueden beneficiar a ese individuo sin su consentimiento explícito y, en caso de responder a esto último afirmativamente, cómo asegurar que las decisiones sobre el final de la vida en un paciente se adoptan independientemente de toda decisión acerca de la donación, para que esta opción no comprometa los cuidados que se le deben (58).

Los autores respondieron a la primera de las objeciones señalando que el vendaje compresivo no fue la causa de su muerte, y que el paciente falleció «como consecuencia de sus lesiones cerebrales ya que tenía un traumatismo craneoencefálico grave» (59). Los autores probablemente tienen razón al sugerir que no se da un vínculo causal más claro en ese caso que en el de un paciente que muere al serle retirado un respirador automático. ¿Implica esto último que la retirada del respirador –una práctica legal cada vez más aceptada, practicada y, desde nuestro punto de vista, legítima– al igual que la CCV, deban ser consideradas formas de «dejar

(57) ESCUDERO, D., COFIÑO, L., GRACIA, D., PALACIOS, M., CASARES, M., *et al.*, «Cranioplasty with bandaging. new forms of limitation of life support and organ donation». *Ibid.* 2013, 180-184, p. 183.

(58) RODRÍGUEZ-ARIAS, D., SEOANE, J.A., RAMIL, C. y MOLINS, N., «Ethics, new ways of dying and organ donation». *Ibid.*

(59) ESCUDERO, D., MARTINEZ, K., SARALEGUI, I. y SIMON, P., «Further clarifications on the limitation of life-sustaining treatment and organ donation». *Ibid.* 3, 2014, pp. 197-198.

morir»? No necesariamente. Quizá constituye una razón para considerar que en ambos casos se causa la muerte.

Como defenderé después, la frontera entre dejar morir y causar la muerte no está siempre clara porque es gradual. Esto explica que no haya unanimidad en el modo en el que los profesionales y los especialistas en bioética perciban e interpreten moralmente de forma distinta estas intervenciones. Algunos se escandalizan al constatar que ciertas prácticas médicas están «acortando la vida», «causando la muerte» o incluso «matando» a pacientes. Otros las justifican afirmando que en realidad tales intervenciones solo equivalen a «dejar morir», a «no prolongar la vida artificialmente», a «dejar que la vida siga su curso» o a «permitir que la muerte suceda». Sin embargo, un mismo comportamiento —por ejemplo, retirar el respirador de un paciente gravísimamente enfermo— se puede llevar a cabo con su consentimiento, sin su consentimiento, y también en contra de sus deseos previos o incluso actuales; se puede llevar a cabo para ahorrarle sufrimiento, para ahorrarse unos recursos que son caros y que posiblemente podrían beneficiar más a otros pacientes, o para ahorrarse horas de trabajo; se puede llevar a cabo para cumplir con el deseo de una familia de ver al paciente morir como él habría querido, como ella quiere que muera, o para cumplir la aspiración egoísta de recibir pronto una herencia. ¿Matar o dejar morir? Si se trata de un mismo comportamiento, ¿por qué habría de calificarse en unos casos como «dejar morir», y en otros como «matar»? La intervención causal, sea la que sea, es idéntica en todos los casos. Este tipo de consideraciones me llevan a pensar que la conducta no ofrece por sí sola la medida de su aceptabilidad ética. Una implicación de esto último es que puede haber formas inaceptables de dejar morir y formas lícitas de matar. Bajo este punto de vista, comprimir un cerebro herniado para facilitar una muerte encefálica, o retirar el respirador automático a un paciente con insuficiencia respiratoria para facilitar una parada cardio-respiratoria quizá podrían concebirse como «formas éticamente aceptables de *causar la muerte*». Ahora bien, si no es la ausencia de causalidad ¿qué es lo que las convierte en éticamente aceptables?

Diego Gracia, otro de los autores del artículo original, fue entrevistado sobre el caso unos meses después de que se publicara. Recojo a continuación una parte de la entrevista.

[Entrevistadora] ¿No se puede considerar que éste es un planteamiento utilitarista, al considerar que la obtención de órganos para donación justifica realizar esta intervención que excede los límites habituales de la LET [limitación del esfuerzo terapéutico]?

[D. G.]: La sospecha que expresa veladamente esta pregunta es la de que puede estarse forzando o acelerando la terminación de la vida con el objetivo de conseguir órganos para trasplantes. Que todo esto se pone en marcha a fin de hacer viable la donación de órganos es evidente y lo deja claro el artículo desde su propio título. No hacerlo así sería un tremendo ejercicio de irresponsabilidad. Ahora bien, si lo que se insinúa es que se está buscando incrementar el número de órganos trasplantables por la vía de justificar acortamientos indebidos de la vida de los pacientes, no solo creo que no es así, sino que además considero muy grave insinuar o lanzar la mera sospecha. Las calumnias hay que justificarlas, y en este caso se me escapan las posibles justificaciones. En cualquier caso, yo me abstendría de hacer juicios de intenciones, porque en

caso contrario podríamos preguntarnos también por las intenciones de quienes tales cosas insinúan. Lo importante es atender a los argumentos (60).

Gracia reconoce que el procedimiento de la CCV se inicia con el fin de obtener órganos, pero estima que ese procedimiento no constituye un acortamiento indebido de la vida. Señala incluso que no haberlo hecho de ese modo habría constituido una tremenda irresponsabilidad. Por último, advierte del peligro de juzgar moralmente los comportamientos de otros sobre la base de una atribución de intenciones.

Interpretar el contenido de las intenciones de los demás es, efectivamente, una difícil tarea. Sin embargo, forma parte de los criterios habituales para atribuir valor a los comportamientos. El carácter intencionado o no del comportamiento humano forma parte de los criterios más relevantes para asignar responsabilidad, mérito y culpa morales, así como responsabilidad jurídica. Uno puede mandar un mismo correo electrónico a alguien para avisarle de un peligro, o bien para amenazarlo y chantajearlo. Uno puede llamar la atención de otra persona sobre su sobrepeso preocupándose por su salud, pero también para humillarla. Sin duda, las intenciones no son lo único que cuentan, ni lo que convierten a un comportamiento en aceptable o reprochable. Importan también otras cosas, como el contexto y las consecuencias de los actos y de las omisiones. Con frecuencia actuamos con varios propósitos y de nuestras conductas se siguen diferentes consecuencias. A veces no es evidente, ni siquiera para nosotros mismos, qué motivación es la prioritaria. A menudo, la previsión de unas consecuencias y el deseo de que estas se realicen forman parte de nuestras intenciones. Parece que este fue el caso del equipo que llevó a cabo la CCV en el caso comentado por Escudero y colaboradores. De acuerdo con los propios autores, esa medida tenía un doble propósito –y tuvo de hecho un doble resultado– permitir la muerte del paciente de forma que se facilitase simultáneamente la obtención de sus órganos.

Asumamos, por un momento, que facilitar la muerte del paciente formaba parte de las intenciones del médico responsable: ¿acaso lo convertiría eso en inaceptable? Bajo mi punto de vista, no. No bastaría. Sería necesario, además, demostrar que causó peores consecuencias, o dañó otros intereses, en particular los del paciente y/o sus familiares. Si los órganos de esa persona consiguieron salvar varias vidas a cambio de unos minutos menos de vida, es difícil argumentar que las consecuencias de esa intervención fueron malas. La cuestión de sus intereses resulta más compleja. ¿Cómo saber cuáles eran sus intereses si se encontraba inconsciente y no disponía de unas instrucciones previas? Trataré de dar una posible respuesta a esta fundamental pregunta más adelante.

El caso descrito tal vez no sea tan aislado como cabría imaginar. Más recientemente, en la misma revista, se ha publicado otro artículo en el que se describe un procedimiento similar, llevado a cabo en España, sobre una persona que había recibido un impacto de entrada y de salida de bala en la cabeza, resultante en una descompresión ósea y una extrusión del contenido encefálico (61). El paciente fue sometido a una compresión elástica craneal que progresó hacia muerte encefálica,

(60) GRACIA, D., «Entrevista a Diego Gracia». *Boletín del Grupo de Bioética de la Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid*, 15, 2013, pp. 16-19.

(61) RIVERO-GARVIA, M., MAYORGA-BUIZA, M.J., RODRÍGUEZ-BOTO, G., ALDABO-PALLAS, T. y MARQUEZ RIVAS, J., «[Compressive bandaging in vegetative state patients]». *Med Intensiva*, 7, 2013, pp. 500-501.

pudiendo convertirse nuevamente el paciente en un donante multiorgánico. Al igual que en el caso anterior, los autores afirman perseguir con esa intervención un doble propósito:

Consideramos que nuestra misión es intentar mejorar la evolución natural de la enfermedad y, en casos como el descrito y en nuestra experiencia, el aumento de la supervivencia en pacientes con extensas lesiones cerebrales que progresarán, en el mejor de los casos, a estado vegetativo no tiene sentido. Por otra parte, facilitar una progresión rápida a la situación de muerte encefálica, además de las implicaciones de sufrimiento familiar por una larga agonía y el coste inherente al manejo tanto sanitario como de soporte, tiene profundas implicaciones en la obtención de tejidos para la donación (62).

La CCV persigue, en ambos casos, una doble intención. Por un lado, terminar con una situación fútil, de la que el paciente no podría beneficiarse (y ahorrarse el sufrimiento y los costes asociados a esa agonía). Por otro lado, promover la donación para beneficiar a un máximo de personas en lista de espera para ser trasplantadas. El primero de esos objetivos podría cumplirse consiguiendo que el corazón de esos pacientes dejase de latir, lo que en el primer caso –posiblemente no en el último– podría haberse hecho desconectando el respirador automático. Pero el segundo propósito no, pues la muerte por parada circulatoria no resulta propiciatoria de una donación multiorgánica. Este tipo de consideraciones estaba presente en el comentario de Escudero y colaboradores:

Cuando se realiza la LTSV mediante extubación terminal, la posibilidad de donar órganos queda limitada exclusivamente a la donación en asistolia controlada o tipo III de Maastricht. Este tipo de donación es una práctica muy excepcional en España, y por sus propias limitaciones, no puede garantizar siempre la obtención de órganos para trasplante (63).

El hecho de que un paciente muera de un modo poco convencional no tiene nada de objetable en sí mismo. Resulta más problemático si esa muerte incurre en alguna forma de instrumentalización. Un paciente es instrumentalizado cuando es tratado como un medio, y sólo como un medio, para alcanzar fines que le son ajenos (64). Hay veces que el beneficio global, el mayor cómputo total de felicidad, sólo puede conseguirse recurriendo a alguna forma de instrumentalización. Espiar a alguien en su intimidad, sin que lo sepa, para satisfacer el placer *voyeurista* de la curiosidad; robar para poder dar de comer a quien lo necesita; mentir a un asesino para proteger a su víctima potencial; y torturar a una persona para prevenir un ataque terrorista, son ejemplos clásicos de dilemas éticos asociados a diferentes formas de instrumentalización maximizadoras de bienestar. Para algunos, el beneficio es tan inmenso, y el daño asociado a la instrumentalización tan reducido, que la instrumentalización resulta perdonable. Para otros, el coste de los medios es demasiado elevado y no podría nunca justificar el fin.

(62) *Ibid.*, p. 500.

(63) ESCUDERO, D., COFIÑO, L., GRACIA, D., PALACIOS, M., CASARES, M., *et al.*, «Cranioplasty with bandaging. new forms of limitation of life support and organ donation». *Ibid.* 3, pp. 180-184, p. 181.

(64) KAUFMANN, P., «Instrumentalization: What Does It Mean to Use a Person?», *Humiliation, Degradation, Dehumanization: Human Dignity Violated*, Springer, Dordrecht, 2011, pp. 57-66.

Muchas veces la instrumentalización surge, no por dañar a la persona para beneficiar a otras, sino simplemente por el hecho de no contar con su autonomía. En el ámbito de la donación de órganos, el riesgo de instrumentalización se incrementa cuando la obtención de órganos se basa en un modelo de consentimiento presunto. Resulta evidente que tal modelo puede encontrar una justificación en el utilitarismo: cuando de lo que se trata es de maximizar el interés social a través de los trasplantes, el respeto debido a un paciente, a sus preferencias y a su integridad, pasan a un segundo plano. Considerar a un paciente como un mero medio al servicio de los intereses sociales puede en efecto ser justificable desde este punto de vista. Ahora bien, si de lo que se trata es de maximizar el beneficio de los trasplantes, en ese cálculo utilitario debería entrar igualmente el posible coste que tiene para la reputación de la medicina y, en particular, para la medicina de trasplantes, tratar a los pacientes como meros medios para salvar otras vidas.

Los trasplantes de órganos y tejidos constituyen la única especialidad de la medicina que no se puede llevar a cabo sin el apoyo social masivo. La confianza de una sociedad en su sistema de trasplantes tiende a preservarse demostrándole que sigue los más altos estándares éticos. Cuando no queda más remedio que recurrir a procedimientos instrumentalizadores para obtener los órganos que la sociedad necesita, esa confianza puede preservarse de dos formas: ocultando esas prácticas, o discutiéndolas y justificándolas públicamente. Algunos hemos defendido las ventajas de optar por la segunda opción, no solo por motivos democráticos y deliberativos, sino también por razones estratégicas para las propias políticas de trasplante (65). En mi opinión, las políticas de trasplante se juegan demasiado como para permitir que se lleven a cabo procesos éticamente cuestionables sin que exista simultáneamente un debate en condiciones de máxima publicidad y transparencia. Esa transparencia incluye, en mi opinión, la necesidad de debatir abiertamente si la CCV merece o no considerarse una «forma de limitación del tratamiento de soporte vital».

VII. ¿LIMITACIÓN DEL TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL O MUERTE MÉDICAMENTE ASISTIDA? A MEDIO CAMINO ENTRE DEJAR MORIR Y MATAR

La ley en España permite a los médicos facilitar la muerte de sus pacientes, cuando para ello solo tienen que abstenerse de instaurar –o interrumpir si ya hubieran sido instauradas– ciertas medidas que les mantienen con vida, tales como un respirador automático, una diálisis, o los medicamentos que mantienen la presión sanguínea estable. Cuando hay razones objetivas para pensar que tales medidas son fútiles (aportan más cargas que beneficios al paciente), o cuando son rechazadas por el propio paciente o sus representantes, los profesionales no solo tienen el dere-

(65) RODRÍGUEZ-ARIAS, D., «The social acceptability of implementing morally challenging strategies to increase donor rates», *Public engagement in organ donation and transplantation*, Pabst, Lengerich, 2013; RODRÍGUEZ-ARIAS, D. y VELIZ, C., «The death debates: a call for public deliberation», *Hastings Cent Rep*, 6, 2013, 34-35; CHILDRESS, J.F., «Difficulties of Determining Death: What Should We Do About the ‘Dead Donor Rule’?» *ZfM Mitteilungen*, 1, 2014, pp. 28-39.

cho –sino también la obligación– de no proveer esas medidas, y de interrumpirlas si ya hubieran sido iniciadas. No hacerlo equivale a incurrir en diferentes formas de obstinación terapéutica que pueden dañar el interés de los pacientes de no ser sometidos a tratamientos inhumanos y degradantes, innecesariamente prolongadores de su sufrimiento y el de sus familiares, y que acarrearán, además, unos costes injustificables para el sistema de salud. Evitar el mantenimiento de intervenciones fútiles es un deber aun en aquellos casos en los que la muerte se seguirá de forma segura.

Sin embargo, las leyes prohíben a los profesionales aplicar medidas estrictamente destinadas a causar directamente la muerte de sus pacientes, como la inyección de una combinación suficiente de sedación y relajante muscular como para provocar la muerte.

Ambos tipos de intervenciones tienen como resultado la muerte, pero reciben un tratamiento jurídico diferenciado. Esa diferencia jurídica se atribuye a la supuestamente relevante distinción entre la limitación del tratamiento de soporte vital y lo que de una forma un tanto equívoca se continúa denominando *eutanasia* (66). Algunos la justifican éticamente aludiendo a la distinción, ya comentada, entre *dejar morir* y *matar*. Pero ¿qué es matar y qué dejar morir? De igual modo que es discutible que toda forma de limitación del tratamiento de soporte vital deba concebirse como una forma de *dejar morir*, tampoco está claro que matar siempre sea moralmente reprochable.

Desde los inicios de la reflexión bioética, la distinción entre *matar* y *dejar morir* ha sido objeto de una prolija controversia académica todavía no resuelta. Quienes defienden la pertinencia y la relevancia moral de esa distinción tienden a pensar que los profesionales están autorizados—incluso obligados— moralmente a dejar que la muerte suceda «naturalmente» como resultado de la acción causal de una enfermedad subyacente, pero consideran inaceptable que ellos mismos «causen» la muerte. Quienes se oponen a la distinción advierten que cuando un médico interrumpe un respirador automático ya está «causando» la muerte de su paciente. Dentro de este último grupo, cabe distinguir aquellos que opinan que ambas formas de causar la muerte son moralmente inaceptables, y aquellos que estiman que ambas son moralmente admisibles.

Gracia ha argumentado por qué la CCV debería considerarse una forma moralmente aceptable de limitación del tratamiento de soporte vital:

Este es el punto fundamental del artículo. Se trata de saber si la craneoplastia descompresiva puede considerarse una técnica de soporte vital, y si la craneoplastia con vendaje puede verse como una limitación de esfuerzo terapéutico, si queremos seguir utilizando esa expresión. En esto caben, naturalmente, distintas opiniones. Pero creo que hay una razón de bastante peso para equipararla a las técnicas de soporte vital, ya que es un procedimiento técnico que permite prolongar la vida del paciente en una situación crítica, de modo parejo a como lo hace, por ejemplo, un respirador o un aparato de hemodiálisis. El objetivo de todas estas técnicas es mantener las funciones vitales hasta tanto se recupere el órgano afectado. Cuando esto no se consigue, es decir cuando la evolución es tórpida y el resultado negativo, es cuando se plantea el

(66) SIMÓN, P., BARRIO, I., ALARCOS, F., BARBERO, J., COUCEIRO, A., *et al.*, «Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras». *Rev Calid Asist*, 6, 2008, pp. 271-285.

problema de retirar las medidas de soporte. Creo que tiene sentido tratar el tema de la craneoplastia con estas mismas categorías, aunque en un caso se trate de conectar a una máquina y en el otro de descomprimir un órgano vital (67).

Por tanto, al menos uno de los razonamientos que lleva a tratar la CCV como una aceptable limitación del tratamiento de soporte vital pasa por interpretar la craniectomía descompresiva como un tratamiento de soporte vital. A favor de este punto de vista cabe señalar que, en efecto, la cirugía descompresiva permite prolongar la vida de ese paciente, cuyo cerebro se habría herniado en caso contrario hasta el punto de bloquear el flujo sanguíneo cerebral, provocando previsiblemente su daño total e irreversible (muerte encefálica). En este sentido Gracia concluye, creo que correctamente, que la CCV equivale a interrumpir un respirador automático.

Se ha visto que uno de los criterios que se emplean comúnmente para trazar la distinción entre matar y dejar morir es el vínculo causal que se establece entre la conducta del sanitario y el fallecimiento del paciente. Cabe preguntarse por tanto cuál fue la causa de la muerte de este paciente. ¿Lo fue la hemorragia previa o el vendaje? Presumiblemente, la inflamación habría causado la muerte si no se hubiera practicado la cirugía. Desde este punto de vista, la compresión no causó la muerte. Sin embargo, una vez liberada la masa encefálica, esa patología subyacente ya no bastaba para provocar la muerte de ese paciente (de otro modo no se habría planteado la necesidad de una limitación del tratamiento de soporte vital). El recurso a una intervención externa consistente en recomprimir un cerebro herniado, desde este otro punto de vista, sí es una contribución necesaria y, en este sentido, una forma de causar la muerte.

Las prácticas relacionadas con el final de la vida son muy variadas y comportan tal abundancia de matices que no resulta fácil clasificarlas en el estrecho esquema binario que ofrecen las categorías, enormemente cargadas ideológicamente, de «matar» y «dejar morir». Desde un punto de vista puramente descriptivo (no normativo), los comportamientos que incluyen esas categorías son diferentes. Reducir progresivamente el porcentaje de oxígeno en la mezcla de aire que recibe un paciente con insuficiencia respiratoria no precisa de los mismos actos que apagar de forma abrupta un respirador automático, o que proceder a una extubación. Todas esas intervenciones reciben un tratamiento jurídico similar, y existe un gran consenso en cuanto a la opinión de que sería un grave error prohibirlas. Y sin embargo, esto no impide reconocer que cada una de esas intervenciones tiene un impacto causal distinto, y es en sí misma diferente de las demás. Esa diferencia quizá no sea jurídica o moralmente significativa, pero explica probablemente que los profesionales tengan una vivencia diferente cuando las llevan a cabo: algunas se parecen más a «matar», y otras más a «dejar que las cosas sigan su curso natural». La práctica de vender un cerebro inflamado provocando de ese modo una muerte encefálica posiblemente da un paso más en el espectro gradual de prácticas que van del dejar morir al matar (68).

(67) GRACIA, D., «Entrevista a Diego Gracia». *Boletín del Grupo de Bioética de la Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid*, 15, 2013, pp. 16-19.

(68) Para realizar esta afirmación no me baso más que en una intuición personal. Un respirador automático es una máquina que sostiene una función vital por medio de un esfuerzo continuado. Des-

Robert Truog y Franklin Miller han defendido que tanto la limitación del oxígeno como la retirada de un respirador causan la muerte, sin que eso convierta a tales conductas en moralmente reprobables. Para ellos, la causalidad convierte a un acto que provoca la muerte en un comportamiento que *mata* (kill). Sin embargo, en su opinión, matar no es moralmente reproducible cuando se dan ciertas condiciones, como que el paciente se encuentre irreversiblemente enfermo y haya solicitado de forma consciente y consistente una ayuda a morir.

Este tipo de consideraciones nos llevaron a José Antonio Seoane, Carmen Ramil, Nieves Molins y a mí, a expresar nuestra discrepancia con respecto a la interpretación, defendida por Dolores Escudero y colaboradores, de que la CCV era análoga a otras formas de limitación del tratamiento de soporte vital (69). La CCV en un paciente con *hematoma subdural previamente descomprimido* es una condición suficiente para que se produzca un cese del flujo sanguíneo al cerebro y una muerte encefálica. El paciente con el cerebro descomprimido podría haberse mantenido de forma indefinida sin necesidad de un *soporte* vital. En este sentido, pensamos, se parece más a una muerte médicamente inducida que a una limitación del tratamiento de soporte vital; más a un causar la muerte que a un dejar morir. La propia naturaleza activa y de la intervención así como el estrecho vínculo causal con la muerte del paciente dificultaba, a nuestro juicio, la interpretación de que se trata de una modalidad de *dejar morir* a un paciente. Las acertadas analogías que han propuesto más recientemente los propios autores en respuesta a nuestras objeciones, así como Diego Gracia, que equiparan la CCV con la retirada de un respirador automático me han hecho reflexionar sobre las distinciones «permitir/causar la muerte» y «dejar morir/matar». Efectivamente la CCV se asemeja a la interrupción del respirador en el sentido de que ambas intervenciones implican acciones que aceleran la muerte (70). Difieren, en cambio, en que en el momento de realizar el vendaje no existía ningún agente activo que estuviera manteniendo (soportando) la vida de esa persona. En ambos casos existe un componente de causalidad médica, pero también hay una causalidad derivada de la patología subyacente.

Las unidades de cuidados intensivos tienen como propósito sacar a los enfermos críticos de situaciones muy graves y acompañarlos –con todo tipo de dispositivos técnicos y farmacológicos– en dirección hacia la independencia funcional, de suerte que puedan volver a vivir de forma independiente. Aunque interrumpir un respirador quizá se parezca a dejar de empujar al organismo en la dirección de la vida, y la CCV se parezca más a empujarlo en la dirección contraria, esto no deja de ser una metáfora, acaso difícilmente compartible. En ningún caso pretendo que sea determinante de la calificación moral que me merecen una y otra práctica.

hacer el efecto terapéutico de un respirador automático simplemente requiere interrumpir ese trabajo continuo que la máquina lleva a cabo introduciendo aire en el organismo cada ciertos segundos. La craniectomía, sin embargo, es una intervención que, una vez realizada, no requiere de un mantenimiento duradero. Deshacer el efecto, sí requiere, en cambio, esfuerzo. En ambos casos se precisa hacer algo, pero en este caso se precisa hacer algo más. Si mi intuición fuera compartida por los profesionales involucrados en estas intervenciones, se explicaría que calificaran su conducta como más cercana al «matar» que cuando interrumpen un respirador automático.

(69) RODRÍGUEZ-ARIAS, D., SEOANE, J.A., RAMIL, C. y MOLINS, N., «Ethics, new ways of dying and organ donation». *Med Intensiva*, 2013.

(70) En este sentido, creo que cabría calificar ambas intervenciones como modalidades de muerte médicamente asistida.

Ambas involucran un comportamiento activo y una relación causal entre el comportamiento médico y la muerte del paciente. La diferencia entre una y otra práctica es, como mucho, gradual. Si a lo que se atiende es a la naturaleza de los comportamientos, un tratamiento jurídico o moral radicalmente diferente para estas prácticas parece injustificable. Con todo, creo que si ambas prácticas implican un vínculo causal, difícilmente pueden considerarse formas prototípicas de *dejar morir*. Mi conclusión es que la distinción entre matar y dejar morir, empleada para justificar por qué la desconexión de un respirador o la aplicación de un vendaje compresivo para provocar una muerte encefálica son éticamente aceptables, es conceptualmente insostenible e inútil.

Esa forma de conceptualizar la CCV –como una limitación de tratamientos– refleja a duras penas el comportamiento de los sanitarios. Podría responder más a un intento de justificar moralmente la intervención misma que a uno de describir lo que ocurrió. Calificar la craneoplastia como «limitación del tratamiento de soporte vital» evita emplear el término *eutanasia*, una palabra con demasiada mala reputación como para asociarla sin riesgos a la extracción de órganos. Ahora bien, que el uso de un término pueda tener efectos nocivos para la percepción pública de los trasplantes no hace que su uso sea inapropiado (71).

El otro criterio tradicionalmente invocado para distinguir la retirada de un respirador de la eutanasia activa es el de la intencionalidad: el objetivo de la primera –se argumenta– no es provocar la muerte, sino «permitir que la naturaleza siga su curso» y evitar el daño que supondría para el paciente someterle a una obstinación terapéutica. También se emplea ese argumento para distinguir la sedación paliativa de la eutanasia: el objetivo de la primera no es acelerar la muerte, sino paliar el sufrimiento del paciente. Un argumento afín fue invocado por el médico responsable de la craneoplastia comentada cuando afirmó que la opción de la CCV era «más cercana a la libre evolución de su lesión original». ¿Es esta una justificación de tipo moral?

En el contexto altamente tecnificado de los cuidados intensivos, pocos son los fenómenos que acontecen de forma «natural» o «libre». ¿Por qué el curso «natural» debería ser el curso moralmente más apropiado que cualquier curso «artificial»? Es verdad que muchas personas valoran la comida natural, la belleza natural y los paisajes naturales por encima de los alimentos transgénicos, la estética alcanzada artificiosamente, y los rascacielos. Sin embargo, no hay nada en ellos que los convierta en *moralmente* más valiosos. En realidad, solemos conceder bastante poca importancia a aquello que sea natural cuando necesitamos curar a enfermos: los antibióticos no son naturales, la diálisis no es natural, los desfibriladores no son naturales, el respirador no es natural... No por ello creemos que sea incorrecto aplicarlos. Un cáncer sí es natural, y no por ello consideramos moralmente apro-

(71) En el discurso oficial sobre la muerte y la extracción de órganos, reformular los problemas y redefinir los términos ha sido un recurso recurrente para escamotear las cuestiones normativas involucradas y eludir controversias. Sin embargo, un uso pragmático de los términos suele acabar generando contradicciones y necesitando consecutivas reformulaciones a la luz de las exigencias de cada momento y lugar. MUNJAL, K.G., WALL, S.P., GOLDFRANK, L.R., GILBERT, A., KAUFMAN, B.J., *et al.*, «A rationale in support of uncontrolled donation after circulatory determination of death». *Hastings Cent Rep*, 1, 2013, pp. 19-26.

piado cultivarlo. Hay una distinción entre lo que valoramos estéticamente, y lo que valoramos moralmente. Una y otra cosa no tienen por qué coincidir.

¿Qué méritos éticos podía tener la CCV para que se considerase moralmente preferible a las otras opciones? Fundamentalmente, creo, el interés social de facilitar una donación multiorgánica. El interés social, sin embargo, no es lo único que cuenta. No, desde luego, si se aspira, además, a no instrumentalizar a las personas y a preservar la confianza de la sociedad en los trasplantes. Desde este enfoque, lo que el paciente habría querido se vuelve fundamental. ¿Coincidió la CCV con el mejor interés del paciente? Esta pregunta podría haberse respondido si el paciente no se hubiera encontrado inconsciente, o si hubiera expresado su voluntad de morir en esas circunstancias para facilitar la donación, o si, por lo menos se hubiera expresado a favor de la donación. Sus preferencias previas, sin embargo, se desconocían y no parece que se investigaran a través de sus familiares, a quienes aparentemente se informó solamente de la opción de la craneoplastia como una decisión ya tomada (72). La opción de la craneoplastia, y su preferencia sobre la alternativa de la desconexión del respirador automático no tiene su origen en el respeto de los deseos de un moribundo, sino que viene explícitamente condicionada por la motivación estratégica de provocar el tipo de muerte que permitiría maximizar los beneficios de la extracción.

La mayoría de las legislaciones sanitarias siguen mostrándose cautas a la hora de reconocer el carácter borroso de la distinción entre «dejar morir» y «matar». No ha ocurrido lo mismo en la literatura bioética, donde la distinción ha sido cuestionada desde diferentes frentes (73). Como señalan Franklin Miller, Robert Truog y Dan Brock, pese a que tal distinción haya sido rebatida y actualmente no cuente con un apoyo mayoritario entre los académicos, sigue cumpliendo a nivel social el papel de una ficción moral (74). Una ficción moral es una creencia falsa que caracteriza erróneamente ciertas prácticas para poderlas subsumir en una norma. En este caso, se trata de la norma de que los doctores nunca deben matar a sus pacientes; o la de que *dejar morir* no es incorrecto pero *causar la muerte* sí lo es. Para preservar la necesaria confianza del público en los sistemas de trasplante, las políticas de donación de órganos, afirman estos autores, se han servido de la distinción entre *matar* y *dejar morir*, restringiendo la extracción de órganos a aquellas circunstan-

(72) En el artículo más recientemente publicado por los autores, se lee: «Al no existir voluntades anticipadas, y por expreso deseo familiar (dato que sí consta explícitamente en nuestro trabajo) fue donante de 6 órganos, regalando 55,8 años de vida a los receptores, y convirtiendo la muerte en un acto de solidaridad». De esto se colige que la familia expresó su deseo de que fuera donante, no que él lo hubiera hecho. Tampoco se sigue de esto que la familia accediera a esa forma de morir para ser donante y, menos aún, que el propio paciente lo quisiera.

(73) KUHSE, H., «A modern myth-that letting die is not the intentional causation of death: some reflections on the trial and acquittal of Dr. Leonard Arthur». *J Appl Philos*, 1, 1984, 21-38; RACHELS, J., «Further reflections on killing and letting die», *The end of life*, Oxford University Press, Oxford, 1987, pp. 129-150; CHILDRESS, J.F., «Non-heart-beating donors of organs: are the distinctions between direct and indirect effects & between killing and letting die relevant and helpful?» *Kennedy Inst Ethics J*, 2, 1993, 203-216; ANTONMARIA, A.H., «Dying but not killing: donation after cardiac death donors and the recovery of vital organs». *J Clin Ethics*, 3, 2010, pp. 229-231.

(74) MILLER, F.G., TRUOG, R.D. y BROCK, D.W., «Moral fictions and medical ethics». *Bioethics*, 9, 2010, pp. 453-460.

cias en las que se «dejaba morir» al paciente (75). El riesgo de que pueda percibirse que el proceso de la donación acelera el proceso de morir es una amenaza que los distintos sistemas de trasplante tratan de conjurar a toda costa. Incluso si para ello han de servirse de contorsiones semánticas que acaban generando prácticas incoherentes y difícilmente reconciliables (76). Me temo que la asimilación de la CCV una forma de limitación del tratamiento de soporte vital es un esfuerzo más en ese sentido, aunque no el último.

VIII. INCLINACIONES QUE MATAN

Martha Jurchak ha descrito recientemente el caso de un paciente ingresado en el servicio de emergencias de un hospital de Boston con un dolor de cabeza severo, al que se le diagnosticó un importante hematoma subdural con herniación cerebral en la región temporal. Se le realizó una craniectomía de urgencia para evacuar el hematoma, pero al cabo de una semana de tratamiento agresivo el paciente seguía hospitalizado sin habla y sin mostrar respuesta a estímulos. Cuando llevaba 10 días de tratamiento postoperatorio, una enfermera descubrió que, cuando se le colocaba en posición horizontal, su ritmo cardíaco tendía a decrecer, hasta el punto de padecer paradas cardíacas de varios segundos. Su latido retomaba un ritmo normal cuando se le incorporaba de nuevo. Un médico sugirió que ese fenómeno podía deberse a un incremento de presión en la médula en la postura horizontal. La familia explicó a los profesionales que se encargaban de ese paciente que él no habría querido permanecer con vida en esa situación, y que le habría gustado ser donante de órganos. Se planteó la posibilidad de una donación tras paro circulatorio. Al hacerlo, se sugirió la ventaja de interrumpir el respirador automático manteniendo al paciente en posición acostada. Algunos miembros del equipo de enfermería expresaron su descontento con esta opción, pues acostumbraban a mantener al paciente incorporado para manejar mejor sus secreciones respiratorias, que eran copiosas y potencialmente molestas por padecer el paciente reflujo gastro-esofágico y disfagia. Además, tenían la impresión de que esa opción se hacía solo para asegurarse de que el paciente moría rápido y para poder conseguir buenos órganos. Entendían que el bien del paciente precedía al bien de los órganos. Otros sugirieron que la interrupción del soporte vital manteniendo al paciente acostado era compatible con su confort si al paciente se le administraban otros medicamentos paliativos. Jurchak se planteó la pregunta de si la petición de que este paciente fuera un donante de órganos tras paro circulatorio había afectado a la decisión de tumbarle para retirarle el tratamiento de soporte vital y aplicarle solamente medidas de confort.

(75) Es en estos términos en los que se concibió el Protocolo de Pittsburgh, el primer protocolo de donación tras muerte cardíaca controlada. Al respecto, LYNN, J. y CRANFORD, R., «The persisting perplexities in the determination of death». *The definition of death: contemporary controversies*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1999, pp. 101-114.

(76) SHEWMON, D.A., «Brain death: can it be resuscitated?» *Hastings Cent Rep*, 2, 2009, pp. 18-24; RODRÍGUEZ-ARIAS, D. y VÉLIZ, C., «The death debates: a call for public deliberation». *Ibid.* 6, 2013, pp. 34-35.

Este caso de donación en asistolia es sin lugar a dudas muy excepcional. Sin embargo, la cuestión de la inclinación de la cama no es ajena a otros casos de pacientes con grave daño neurológico, para los que la donación tras muerte cerebral es una posibilidad. La posición de la cabeza con respecto al resto del cuerpo está relacionada con la presión intracraneal (77). Una inclinación negativa favorece que un paciente con un grave daño cerebral y con un pronóstico catastrófico, pero que permanece estabilizado manteniendo ciertas funciones encefálicas, evolucione hacia muerte cerebral y pueda ser donante. Se desconoce la frecuencia exacta de estas prácticas, ni si se realizan con el acuerdo de los familiares de los pacientes. El mantenimiento de pacientes con daños neurológicos catastróficos e irreversibles a la expectativa de que evolucionen hacia muerte cerebral puede durar varios días, durante los cuales el coste emocional puede ser alto. Esto explicaría que se recurriera a este tipo de prácticas para acelerar el proceso. Varios profesionales de cuidados intensivos que he tenido la oportunidad de entrevistar reconocieron que prácticas de este tipo, si bien no se dan con excesiva frecuencia, tampoco son inexistentes en los potenciales donantes de órganos que «no se enclavan».

Refiriéndose al caso descrito por Jurchak, Marc Tunzi y Jeffrey Spike han discutido si el acuerdo familiar resulta necesario y suficiente para que se considere justificable alterar la inclinación de una cama para que un paciente muera de una forma particularmente propicia para la donación:

El caso plantea la pregunta hipotética de cómo proceder en aquellos casos en los que no existe una tarjeta de donante y no todos los miembros de la familia están de acuerdo. [...] Si la persona de confianza que tiene la responsabilidad de representar al paciente está de acuerdo, ¿es eso suficiente? ¿O debemos restringir la donación en asistolia a aquellos casos en los que no queda ninguna duda de que se trataba de los deseos del paciente o, como poco, de los de todos sus representantes? [...] En casos como este, lo que constituya el tratamiento óptimo no tiene por qué ser mantener al paciente vivo tanto como sea posible. «Tratamiento óptimo» es un juicio de valor, válido sólo en la medida en que sea el juicio de valor del paciente o de su familia, no del equipo que lo cuida (78). (40)

La inclinación de la cama de un paciente gravísimamente enfermo puede permitirle morir, acelerar su muerte o, por el contrario, impedirle morir. En ninguna escala de grados de inclinación de una cama de hospital se indica qué porcentaje de inclinación puede servir para dejar morir, y cuál para causar la muerte. La misma inclinación de una cama puede de hecho salvar a un paciente y causar la muerte de otro. Esto sugiere, nuevamente, que la frontera entre causar la muerte y dejar morir no es dicotómica y determinable *a priori*, sino gradual y contextual. Causar la muerte y dejar morir no siempre son categorías cualitativamente diferenciables.

El hecho de que la diferencia entre ambas formas de contribuir a la muerte pueda ser gradual, plantea un problema de categorización de tipo *sortes*. Al igual que es imposible determinar con exactitud cuántos granos de arena conforman un montón de arena, es imposible determinar exactamente qué prácticas dejan morir y

(77) «[Mean ICP, ICP amplitude, mean AP and mean CPP dynamic in changing the position of the head of the bed in patients with severe TBI]». *Anesteziol Reanimatol*, 4, 2012, pp. 68-72.

(78) TUNZI, M. y SPIKE, J. P., «The role of patient comfort and “comfort measures only” in organ donation after cardiac death (DCD) after a stroke». *Am J Bioeth*, 1, 2014, pp. 39-41.

cuáles causan la muerte (79). Tratamos de basar nuestra distinción entre lo que es correcto e incorrecto en diferencias supuestamente claras y abruptas entre comportamientos que, en realidad sólo se diferencian entre sí gradualmente. Si insistimos en basar nuestras distinciones normativas en elementos puramente descriptivos, parece improbable que lleguemos a la conclusión de que, en las prácticas relacionadas con el final de la vida, la distinción entre lo correcto y lo incorrecto es dicotómica.

IX. RESPETAR Y PROTEGER LOS INTERESES DE LOS DONANTES

Para defender que la craneoplastia compresiva no es moralmente diferenciable de otras prácticas comúnmente calificadas como limitación del soporte de tratamiento vital, Dolores Escudero y colaboradores también aludieron al modo análogo en que se relacionan esas intervenciones con los principios de beneficencia y no-maleficencia:

[R]evertir el efecto de la cirugía descompresiva mediante la craneoplastia con vendaje puede ser considerado éticamente similar a otras formas de LTSV ya que no vulnera los principios de beneficencia y no-maleficencia (80).

¿Puede considerarse benéfico (81) y no maleficio una medida que cumple el doble propósito de facilitar la muerte y facilitar la donación de órganos? Las nociones de beneficencia y de no maleficencia, pese a estar vinculadas, pueden ser distinguibles, pues el respeto de cada uno de esos principios suele imponer estrategias dispares. Mientras que la no maleficencia (*primum non nocere*) se vincula esencialmente a las nociones de daño o perjuicio (la no-maleficencia exige no perjudicar, no dañar), la de beneficencia se acerca a las de beneficio y ayuda (exige beneficiar, ayudar). Una práctica es maleficio, por ejemplo, si produce daños que no quedan suficientemente compensados por otros beneficios *para esa persona*. En pacientes conscientes, una intervención puede ser maleficio si, por ejemplo, le provoca sufrimientos o incomodidades pero no un beneficio personal. Los experimentos militares sobre la fiebre amarilla o el de Willowbrook sobre la hepatitis, en los que se inoculó deliberadamente a personas sanas agentes patógenos, han pasado a la historia como ejemplos de intervenciones maleficiosas (82). ¿Tiene sentido aplicar el principio de no-maleficencia a pacientes inconscientes?

(79) AUSÍN, F. y PEÑA, L., «Derecho a la vida y eutanasia: ¿acortar la vida o acortar la muerte?», *Anuario de filosofía del derecho*, XV, 1998, pp. 13-30.

(80) ESCUDERO, D., COFIÑO, L., GRACIA, D., PALACIOS, M., CASARES, M., *et al.*, «Cranioplasty with bandaging. new forms of limitation of life support and organ donation». *Med Intensiva*, 3, 2013, pp. 180-184.

(81) Nótese que los autores, al equiparar la craneoplastia con vendaje a una LTSV, no llegan a afirmar que esa intervención sea benéfico, sino solo que no vulnera el principio de beneficencia. Que no vulnere el principio de beneficencia solo significa que esa intervención no obsta para el cumplimiento del deber general que tiene todo médico o enfermera de ayudar y mejorar la situación de sus pacientes. Que no impida el beneficio del paciente no significa que le beneficie realmente.

(82) MURPHY, T. F., *Case studies in biomedical research ethics*, The MIT Press, Massachusetts, 2004.

Ronald Dworkin ha argumentado que las personas irreversiblemente inconscientes pueden recibir un daño (moral), si sus preferencias personales y su visión sobre lo que constituye una vida digna son desatendidas (83). La supervivencia y relevancia de intereses tras la pérdida de la consciencia –los intereses que él denomina *críticos*–, dan cuenta de por qué tendemos a honrar las instrucciones previas de las personas en estado vegetativo. La única manera de determinar si se están o no respetando esos intereses en un paciente irreversiblemente inconsciente es averiguando lo que habría deseado para sí en esa circunstancia.

La noción de beneficencia tiene que ver, no con lo que los profesionales sanitarios deben abstenerse de hacer, sino precisamente con lo que pueden y deben hacer para mejorar la calidad de vida de sus pacientes y para contribuir a cumplir sus proyectos de vida (84). La beneficencia presupone, naturalmente, la obligación de no dañar, pero exige, además, un compromiso con la mejoría del paciente y el cumplimiento de sus intereses. En el caso comentado, la CCV no se realiza con el fin de recuperar la salud del paciente, siendo este un objetivo ya inalcanzable. Se lleva a cabo para facilitar la muerte de un modo compatible con la donación multiorgánica. ¿Se correspondía ese objetivo con sus intereses? Habría motivos para ello si, en efecto, se cumpliera alguna de las siguientes condiciones: 1. Que el paciente hubiera expresado su deseo de no ser mantenido con vida en tales circunstancias, 2. Que hubiera expresado su deseo de ser donante de órganos, e (idealmente) 3. Que, además de 1 y 2, el paciente hubiera consentido esos medios empleados (el vendaje) para morir de forma que pudiera cumplirse su deseo de ser donante. Al no disponer de instrucciones previas ni haber expresado un deseo de ser donante, ninguna de esos casos se cumple. En otras palabras: no hay motivos para pensar que la CCV fuera la opción que mejor respetase sus intereses *subjetivos*. Pero tampoco hay motivos para pensar lo contrario. El carácter benéfico de esa intervención simplemente resulta incierto.

¿Es la CCV una intervención tendente a minimizar el sufrimiento y a fomentar el respeto debido al paciente y a sus familiares? Para responder a esta pregunta resulta oportuno distinguir aquí entre las nociones *respeto* y *protección*. Aunque respeto y protección pueden –y suelen– ir de la mano, tienen significados distintos y, lo que es más importante, los mecanismos para garantizar el respeto y la protección también difieren. Por un lado, se puede faltar al respeto debido a un paciente imponiéndole un tratamiento o intervención inocuos (por ejemplo, administrándole un placebo sin su consentimiento). Por otro lado, a un paciente se le pueden causar daños muy importantes respetando sus decisiones (la extracción de riñón de un individuo sano supone un daño importante a la salud e integridad corporal, pero se suele llevar a cabo precisamente para honrar su deseo de mejorar la calidad de vida de un familiar). Mientras que el respeto a las personas tiende a preservarse contando con sus preferencias y no imponiéndoles intervenciones no consentidas, la protección está íntimamente relacionada con la minimización de daños (85).

(83) DWORKIN, R., *El dominio de la vida*, Ariel, Barcelona, 1998.

(84) De igual modo que la no maleficencia y la beneficencia no son nociones absolutamente aisladas, el principio de beneficencia tampoco está absolutamente desvinculado en la práctica del principio de autonomía.

(85) Hemos desarrollado esta idea en RODRÍGUEZ-ARIAS, D., MOUTEL, G. y HERVÉ, C., *Ética y experimentación con seres humanos*, Desclée de Brouwer, Bilbao, 2008.

¿Cómo se aplican estos conceptos al caso de la CCV? El paciente se encontraba en una fase terminal de una enfermedad incurable, con un daño neurológico severo. El riesgo de dañarlo experiencialmente es mínimo. Puesto que se desconocían las preferencias del paciente sobre el final de su vida y el destino de sus órganos es imposible determinar si la CCV fue la opción más acorde a sus intereses y a su noción de una muerte digna. La intervención, sobre todo si se llevó a cabo con anestesia, habría cumplido con las exigencias de protección (no vulnera la no-maleficencia), pero no queda claro que cumpliera los requisitos vinculados al beneficio y el respeto del paciente. Una intervención que se realiza para facilitar que la muerte tenga lugar y para beneficiar simultáneamente a un máximo de personas en la lista de espera sólo podría considerarse beneficente si ese paciente tuviera un interés en morir, un interés en donar sus órganos y un interés en morir *de ese modo para ser donante* de órganos. En ausencia de toda información acerca de los deseos de este paciente concreto, sugerir el carácter beneficente de la práctica descrita es altamente especulativo.

¿Cuándo es lícito llevar a cabo intervenciones sobre un paciente que no comportan un beneficio individual? Esta reflexión ha tenido lugar en el contexto de la experimentación con voluntarios sanos. Los voluntarios sanos –reclutados con frecuencia para la fase I de los protocolos de investigación– no pueden recibir, por definición, ningún beneficio directo de la investigación. Por el contrario, su participación en las primeras fases de un ensayo clínico puede comportar molestias, no sólo por el tiempo y la energía que invierten, sino también por lo que se refiere a la pérdida posible de confort y, en ocasiones, también de salud. Existen dos tipos de argumentos morales para justificar la inclusión de individuos sanos en las investigaciones biomédicas: el hecho de que dan su consentimiento para ser sometidos a esas intervenciones, y la utilidad social que se obtiene de esos experimentos. En el caso de las investigaciones sobre individuos sanos, el consentimiento está particularmente informado en la medida que, en la mayoría de los casos, se trata de estudiantes –de medicina o farmacia que, se supone, son buenos conocedores de las implicaciones de la investigación. Si estas investigaciones no tuvieran una utilidad para curar a futuros pacientes, sería injustificable someter a los sujetos de experimentación a los riesgos y molestias que acarrearán. Pero la utilidad social no basta: el consentimiento de la persona concernida resulta absolutamente esencial, tanto que un consentimiento subrogado (de un familiar, por ejemplo), no bastaría.

X. CONSENTIMIENTO PRESUNTO, INTERÉS GENERAL DE LOS TRASPLANTES E INSTRUMENTALIZACIÓN

Desde el punto de vista ético, estamos obligados a plantear la donación de órganos ya que existen muchos pacientes en lista de espera que pueden beneficiarse de la donación. [...] No olvidemos que la donación de órganos aporta valores muy necesarios para una sociedad más justa, tales como solidaridad, altruismo, compasión, o corrección de las desigualdades (86).

(86) ESCUDERO, D., COFIÑO, L., GRACIA, D., PALACIOS, M., CASARES, M., CABRE, L., *et al.* «Cranioplasty with bandaging. new forms of limitation of life support and organ donation». *Medicina intensiva / Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias*. (2013) 37, núm. 3, 180-4, p. 183.

En España es legal presumir que las personas consienten la extracción de órganos aun cuando jamás se hubieran pronunciado al respecto. Como se ha visto, el modelo de consentimiento presunto ha servido de base para legitimar intervenciones sobre pacientes exclusivamente orientadas a facilitar la donación de órganos (87).

Ahora bien, una cosa es presumir que alguien desea donar sus órganos, y otra que este alguien consiente que se lleve a cabo sobre su cuerpo *cualquier intervención* necesaria para alcanzar ese fin. Aun asumiendo que el paciente hubiera querido donar sus órganos, ¿es razonable presumir, además, que habría consentido, por ejemplo, una craneoplastia con vendaje, para que esa donación multiorgánica fuera posible? Diego Gracia ha señalado en otro lugar que «la expresión ‘consentimiento presunto’ es contradictoria: si es presunto no es consentimiento; y si es consentimiento, no es presunto» (88).

En el caso comentado de la craneoplastia con vendaje, el paciente habría sido tratado y habría muerto de otro modo si no hubiera sido considerado un donante potencial. Esto constituye una desviación de la regla tradicional en las prácticas de donación que exige que la opción de la extracción se debe plantear una vez que el paciente haya sido declarado muerto, y nunca antes, para no alterar, condicionar o comprometer los cuidados recibidos al final de la vida. Muchos considerarían aceptable realizar cuantas intervenciones fueran necesarias para obtener los órganos si el objeto de esas intervenciones fuera un cadáver. También si esa persona hubiera dejado constancia de que esa era su voluntad. Pero en el caso comentado, el individuo no había autorizado expresamente esas medidas y tampoco estaba muerto. En el contexto de la experimentación con seres humanos, algunas veces se acepta que las personas sean tratadas, *sin su consentimiento*, como medios para beneficiar a otras personas. Ahora bien, se acepta solo con una serie de condiciones, como la inexistencia de daño, o la prueba de que el riesgo es solo mínimo. El consentimiento elimina o reduce al mínimo el componente instrumentalizador de una intervención que no comporta un beneficio individual pero sí alguna carga o riesgo. Cuando no se dispone de una prueba de que el paciente la habría querido para sí, el testimonio que sus familiares pueden ofrecer sobre lo que habría querido se vuelve absolutamente necesario.

En el caso de la CCV, los expertos bioéticos consultados, co-autores del artículo, coinciden en afirmar que un requisito de aceptabilidad para este tipo de procedimiento es que el paciente hubiera dejado constancia de su deseo de una limitación del tratamiento de soporte vital y de la donación. En caso de que unas instrucciones previas no existan (como sucedió en este caso), consideran necesario que sus familiares o representante hayan tomado la decisión basándose en los valores del paciente que ellos pudieran conocer. Para tomar esas decisiones —estiman—

(87) Así sucede para justificar el traslado al centro hospitalario con programa de donación en asistolia de pacientes con una parada circulatoria cuyos familiares no son localizados. ORGANIZACIÓN NACIONAL DE TRASPLANTES [Donación en asistolia en España: situación actual y recomendaciones. Documento de Consenso Nacional 2012], 2012, p. 119. Para un análisis detallado de este problema, DE LORA, P., «What does “presumed consent” might presume? Preservation measures and uncontrolled donation after circulatory determination of death». *Medicine Healthcare and Philosophy*, 2014, published online: 31 january 2014, DOI 10.1007/s11019-014-9548-y.

(88) GRACIA, D., «Historia del trasplante de órganos». *Trasplante de órganos: problemas técnicos, éticos y legales*, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 1996.

«es preciso transmitir a la familia una información exhaustiva, detallada y transparente de todo el proceso» (p. 183). En el caso, sin embargo, no queda claro que la familia hubiera sido involucrada en la decisión acerca del procedimiento a seguir: simplemente se afirma que fue informada «de las razones de tal medida y de sus posibles consecuencias». (p. 182) y que expresó su deseo de que la extracción tuviera lugar.

La opción elegida puede justificarse desde un punto de vista estrictamente secuencialista. Esta justificación vendría reforzada por el hecho de que el daño al paciente es sólo hipotético y en ningún caso de tipo experiencial. Tratándose de un paciente inconsciente, el único tipo de intereses que podría ser vulnerado es el que Ronald Dworkin ha dado en llamar «intereses críticos», supervivientes a la pérdida definitiva de la conciencia (89).

Ahora bien, asumir el carácter utilitarista de la justificación hace innecesario recurrir a la afirmación, de dudosa justificación, de que la opción del vendaje constituye una forma de LTSV más cercana a la libre evolución de su lesión original. El caso podría haberse presentado abiertamente como un ejemplo de extracción de órganos tras muerte médicamente asistida. Bélgica ha sido el primer país en haber dado un paso claro en este sentido, al haber protocolizado la donación de órganos tras eutanasia voluntaria.

XI. DONACIÓN DE ÓRGANOS TRAS EUTANASIA

El día 20 de noviembre de 2011 aparecía una inquietante noticia en el diario *El País*. Relataba la muerte de Carine, mujer belga de 43 años que había padecido un accidente cerebrovascular, y que acabó siendo donante de hígado, riñones y páncreas pocos minutos después de que sus médicos le provocaran su muerte, a petición suya, en enero de 2005. Lo novedoso de esta noticia no es que alguien hubiera muerto por eutanasia, práctica legal y relativamente frecuente en Bélgica. Tampoco que una persona hubiera sido donante de órganos tras haber sido declarada muerta por criterio cardíaco (y no por encontrarse en muerte encefálica, como suele ser el caso en la mayoría de los donantes cadavéricos). Lo realmente novedoso de este caso es que ambas circunstancias se dieran conjuntamente.

En Bélgica, los órganos vitales de pacientes que han solicitado una eutanasia, pueden ser extraídos inmediatamente después de que aquella se lleve a cabo (90). La justificación de esta práctica enfrenta a las posiciones deontológicas y secuencialistas de la misma manera que la eutanasia activa, con el riesgo añadido de

(89) DWORKIN, R., *El dominio de la vida*, Ariel, Barcelona, 1998.

(90) YSEBAERT, D., VAN BEEUMEN, G., DE GREEF, K., SQUIFFLET, J.P., DETRY, O., *et al.*, «Organ procurement after euthanasia: belgian experience». *Transplant Proc.*, 2, 2009, 585-586. Una variación de esta práctica consistiría en que la eutanasia se llevara a cabo de forma que la extracción de órganos fuera la causa próxima de la muerte del donante sedado. Esta opción permitiría obtener órganos en excelentes condiciones (similares a los de los pacientes en muerte encefálica), pero constituiría una violación de otra regla que marca una línea que ninguna legislación sobre donación de órganos ha atravesado de forma explícita: la *dead donor rule*. Sobre esta opción, véase WILKINSON, D. y SAVULESCU, J., «Should we allow organ donation euthanasia? Alternatives for maximizing the number and quality of organs for transplantation». *Bioethics*, 1, 2012, pp. 32-48.

que la donación tras eutanasia pudiera ser implementada, no —o no sólo— como una respuesta compasiva a una situación de sufrimiento en un paciente capaz pero gravemente enfermo, sino (también) como un medio para alcanzar un beneficio social. Tras el beneficio tan evidente que es salvar la vida a cinco personas yace el riesgo de pasar por alto las cautelas y los requisitos necesarios para que una eutanasia pueda ser aceptable. Para evitar ese riesgo, en los protocolos de donación tras paro circulatorio controlado (precedido o no por una eutanasia), se ha insistido en la necesidad de que la decisión sobre la donación solo pueda plantearse tras haber aprobado la decisión sobre la decisión relativa al final de la vida. En el caso de la eutanasia, es esencial que el paciente haya expresado de manera inequívoca y reiterada su deseo de morir. Por otro lado, para evitar conflictos de intereses, se exige que los profesionales encargados de la donación y los encargados de evaluar y llevar a cabo la solicitud de la muerte médicamente asistida no pertenezcan a los mismos equipos (91).

XII. CONCLUSIONES

Si bien la perspectiva de una donación en muerte encefálica rara vez resta oportunidades de supervivencia a los donantes, estos protocolos pueden comprometer sus intereses al requerir que sean sometidos, muchas veces sin su consentimiento, a intervenciones que algunos habrían rechazado en caso de haber sido consultados. Se ha invocado, en contra de esta objeción, el argumento de que muchas personas quieren ser donantes, y que donar es un derecho: eliminar la posibilidad de la donación por un exceso de escrúpulos sobre el proceso de información podría actuar en contra del mejor interés de muchas personas que sí querían donar... y de los potenciales receptores de sus órganos. Este planteamiento es razonable, pero creo que no constituye un argumento a favor del consentimiento presunto, vigente en gran parte de los países europeos, incluido España, sino más bien a favor del consentimiento explícito. Si efectivamente de lo que se trata es de honrar el deseo de las personas que quieren donar ¿no sería más apropiado asegurarse de que las personas están realmente informadas y deciden de forma consciente cuál es el destino que quieren para sus órganos? Cuando no se dispone de una declaración explícita acerca de la donación, como suele ser el caso de los países con modelos de consentimiento presunto, asumir que la extracción de órganos es la opción que mejor respeta el interés del individuo resulta aventurado. Invocar el derecho de las personas a donar como defensa del consentimiento presunto resulta difícilmente justificable en un contexto en el que se ignora qué porcentaje de la población quiere donar sus órganos y en el que hay indicios de que la mayoría de las personas desconocen que son donantes por defecto. Más aún si ni siquiera se ha facilitado un mecanismo para expresar la oposición. Si la donación se plantea *como un derecho individual*, lo primero que deberían hacer los países con sistemas de consentimiento presunto para la donación es facilitar mecanismos para que esa opción sea realmente voluntaria. Una justificación alternativa —a mi juicio más honesta— del

(91) YSEBAERT, D., VAN BEEUMEN, G., DE GREEF, K., SQUIFFLET, J.P., DETRY, O., *et al.*, «Organ procurement after euthanasia: belgian experience». *Transplant Proc*, 2, 2009, pp. 585-586.

modelo vigente en esos países para promover la donación consiste en reconocer abiertamente que, pese a su carácter instrumentalizador, es útil para satisfacer las legítimas aspiraciones de quienes necesitan un órgano para sobrevivir. Pero llegados a ese punto habría que replantearse si sigue teniendo sentido llamar a este tipo de actividad *donación* de órganos, o si más bien deberíamos denominarla *obtención* de órganos.

BIBLIOGRAFÍA

- «[Mean ICP, ICP amplitude, mean AP and mean CPP dynamic in changing the position of the head of the bed in patients with severe TBI]». *Anestziol Reanimatol*, 4, 2012, pp. 68-72.
- ABADIE, A. y GAY, S., «The impact of presumed consent legislation on cadaveric organ donation: a cross-country study». *J Health Econ*, 4, 2006, pp. 599-620.
- ANTOMMARIA, A. H., «Dying but not killing: donation after cardiac death donors and the recovery of vital organs». *J Clin Ethics*, 3, 2010, pp. 229-231.
- AUSÍN, F. y PEÑA, L., «Derecho a la vida y eutanasia: ¿acortar la vida o acortar la muerte?». *Anuario de filosofía del derecho*, XV, 1998, pp. 13-30.
- CORRAL, E., MAYNAR, J., SARALEGUI, I. y MANZANO, A., «[Non-beating heart donors-Maastricht type III: a real option]». *Med Intensiva*, 1, 2011, pp. 59-60.
- COSTAS-LOMBARDÍA, E. y FERERES CASTIEL, J., «The easy success of the Spanish model for organ transplantation». *Artif Organs*, 9, 2011, pp. 835-837.
- CUENDE, N., CANON, J. F., ALONSO, M., DELAGEBASALA, C. M., SAGREDO, E., *et al.*, «[Quality assurance program in the process of donation and transplantation at the National Organization of Transplantations]». *Nefrología*, 2001, pp. 65-76.
- CUENDE, N., CUENDE, J. I., FAJARDO, J., HUET, J. y ALONSO, M., «Effect of population aging on the international organ donation rates and the effectiveness of the donation process». *Am J Transplant*, 6, 2007, pp. 1526-1535.
- CUENDE, N. y DE LA ROSA, G., «Programa de calidad en la donación de órganos», *El modelo español de coordinación y trasplantes*, Aula Médica, Madrid, 2008, pp. 149-160.
- CHILDRESS, J. F., «Non-heart-beating donors of organs: are the distinctions between direct and indirect effects & between killing and letting die relevant and helpful?». *Kennedy Inst Ethics J*, 2, 1993, pp. 203-216.
- «Difficulties of Determining Death: What Should We Do About the “Dead Donor Rule”?». *ZIF Mitteilungen*, 1, 2014, pp. 28-39.
- DE LORA, P., «What does “presumed consent” might presume. Preservation measures and uncontrolled donation after circulatory determination of death». *Med Health Care Philos*, 2014.
- DE LORA, P. y BLANCO, A. P., «Dignifying death and the morality of elective ventilation». *J Med Ethics*, 3, 2013, pp. 145-148.
- DWORKIN, R., *El dominio de la vida*, Ariel, Barcelona, 1998.
- ESCUDERO, D., COFIÑO, L., GRACIA, D., PALACIOS, M., CASARES, M., *et al.*, «Cranioplasty with bandaging. new forms of limitation of life support and organ donation». *Med Intensiva*, 3, 2013, pp. 180-184.

- ESCUADERO, D., MARTÍNEZ, K., SARALEGUI, I. y SIMÓN, P., «Further clarifications on the limitation of life-sustaining treatment and organ donation». *Med Intensiva*, 3, 2014, pp. 197-198.
- ESTEBAN, A., GORDO, F., SOLSONA, J. F., ALIA, I., CABALLERO, J., *et al.*, «Withdrawing and withholding life support in the intensive care unit: a Spanish prospective multi-centre observational study». *Intensive Care Med*, 11, 2001, pp. 1744-1749.
- GIORDANO, S., «Is the body a republic». *J Med Ethics*, 8, 2005, pp. 470-475.
- GOSTIN, L. O., «Legal and Ethical Responsibilities Following Brain Death: The McMath and Munoz Cases». *JAMA*, 2014.
- GRACIA, D., «Historia del trasplante de órganos», *Trasplante de órganos: problemas técnicos, éticos y legales*, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 1996.
- «Entrevista a Diego Gracia». *Boletín del Grupo de Bioética de la Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid*, 15, 2013, pp. 16-19.
- GRAFTIEAUX, J. P., BOLLAERT, P. E., HADDAD, L., KENTISH-BARNES, N., NITENBERG, G., *et al.*, «Contribution of the Ethics Committee of the French Intensive Care Society to Describing a Scenario for Implementing Organ Donation after Maastricht Type III Cardiocirculatory Death in France». *Ann Intensive Care*, 1, 2012, p. 23.
- GRIES, C. J., WHITE, D. B., TRUOG, R. D., DUBOIS, J., COSIO, C. C., *et al.*, «An official American Thoracic Society/International Society for Heart and Lung Transplantation/ Society of Critical Care Medicine/Association of Organ and Procurement Organizations/United Network of Organ Sharing Statement: ethical and policy considerations in organ donation after circulatory determination of death». *Am J Respir Crit Care Med*, 1, 2013, pp. 103-109.
- KAUFMANN, P., «Instrumentalization: What Does It Mean to Use a Person». *Humiliation, Degradation, Dehumanization: Human Dignity Violated*, Springer, Dordrecht, 2011, pp. 57-66.
- KOMPANJE, E. J., BAKKER, J., SLIEKER, F. J., IJZERMANS, J. N. y MAAS, A. I., «Organ donations and unused potential donations in traumatic brain injury, subarachnoid haemorrhage and intracerebral haemorrhage». *Intensive Care Med*, 2, 2006, pp. 217-222.
- KUHSE, H., «A modern myth-that letting die is not the intentional causation of death: some reflections on the trial and acquittal of Dr. Leonard Arthur». *J Appl Philos*, 1, 1984, pp. 21-38.
- LARA, M., Donor Action en la Comunidad de Castilla y León, Uninet, 1st International Congress of Nephrology in Internet, Burgos, 2000.
- LYNN, J. y CRANFORD, R., «The persisting perplexities in the determination of death». *The definition of death: contemporary controversies*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1999, pp. 101-114.
- MATESANZ, R., «Documento de consenso español sobre extracción de órganos de donantes en asistolia». *Nefrología*, supl. 2, 1996.
- «Factors influencing the adaptation of the Spanish Model of organ donation». *Transpl Int*, 10, 2003, pp. 736-741.
- *El milagro de los trasplantes*, La esfera de los libros, Madrid, 2006.
- MILLER, F. G., TRUOG, R. D. y BROCK, D. W., «Moral fictions and medical ethics». *Bioethics*, 9, 2010, pp. 453-460.
- MORRISSEY, P. E., «The case for kidney donation before end-of-life care». *Am J Bioeth*, 6, 2012, pp. 1-8.

- MUNJAL, K. G., WALL, S. P., GOLDFRANK, L. R., GILBERT, A., KAUFMAN, B. J., *et al.*, «A rationale in support of uncontrolled donation after circulatory determination of death». *Hastings Cent Rep*, 1, 2013, pp. 19-26.
- MURPHY, T. F., *Case studies in biomedical research ethics*, The MIT Press, Massachusetts, 2004.
- ORGANIZACIÓN NACIONAL DE TRASPLANTES, [Donación en asistolia en España: situación actual y recomendaciones. Documento de Consenso Nacional 2012], 2012.
- RACHELS, J., «Further reflections on killing and letting die». *The end of life*, Oxford University Press, Oxford, 1987, pp. 129-150.
- REICH, D. J., MULLIGAN, D. C., ABT, P. L., PRUETT, T. L., ABECASSIS, M. M., *et al.*, «ASTS recommended practice guidelines for controlled donation after cardiac death organ procurement and transplantation». *Am J Transplant*, 9, 2009, 2004-2011.
- RIAD, H., NICHOLLS, A., NEUBERGER, J., WILLATTS, S. M., SELLS, R. A., *et al.*, «Elective ventilation of potential organ donors». *BMJ*, 6981, 1995, pp. 714-715.
- Rivero-GARVIA, M., MAYORGA-BUIZA, M. J., RODRÍGUEZ-BOTO, G., ALDABO-PALLAS, T. y MÁRQUEZ RIVAS, J., «[Compressive bandaging in vegetative state patients]». *Med Intensiva*, 7, 2013, pp. 500-501.
- ROBERTSON, J. A., «The dead donor rule». *Hastings Cent Rep*, 6, 1999, pp. 6-14.
- RODRÍGUEZ-ARIAS, D., «The social acceptability of implementing morally challenging strategies to increase donor rates», *Public engagement in organ donation and transplantation*, Pabst, Lengerich, 2013.
- RODRÍGUEZ-ARIAS, D., MOUTEL, G. y HERVÉ, C., *Ética y experimentación con seres humanos*, Desclee de Brouwer, Bilbao, 2008.
- RODRÍGUEZ-ARIAS, D., ORTEGA-DEBALLON, I., SMITH, M. J. y YOUNGNER, S. J., «Casting Light and Doubt on Uncontrolled DCDD Protocols». *Hastings Cent Rep*, 1, 2013, pp. 27-30.
- RODRÍGUEZ-ARIAS, D., SEOANE, J. A., RAMIL, C. y MOLINS, N., «Ethics, new ways of dying and organ donation». *Med Intensiva*, 2013.
- RODRÍGUEZ-ARIAS, D. y VÉLIZ, C., «The death debates: a call for public deliberation». *Hastings Cent Rep*, 6, 2013, pp. 34-35.
- ROELS, L., COHEN, B. y GACHET, C., «Countries donation performance in perspective: time for more accurate comparative methodologies». *Am J Transplant*, 6, 2007, pp. 1439-1441.
- SENOUCI, K., GUERRINI, P., DIENE, E., ATINAULT, A., CLAQUIN, J., *et al.*, «A survey on patients admitted in severe coma: implications for brain death identification and organ donation». *Intensive Care Med*, 1, 2004, pp. 38-44.
- SHEMIE, S. D., BAKER, A. J., KNOLL, G., WALL, W., ROCKER, G., *et al.*, «National recommendations for donation after cardiocirculatory death in Canada: Donation after cardiocirculatory death in Canada». *CMAJ*, 8, 2006, S1.
- SHEWMON, D. A., «Chronic “brain death”: meta-analysis and conceptual consequences». *Neurology*, 6, 1998, pp. 1538-1545.
- «Brain death: can it be resuscitated?». *Hastings Cent Rep*, 2, 2009, pp. 18-24.
- SIMÓN, P., BARRIO, I., ALARCOS, F., BARBERO, J., COUCEIRO, A., *et al.*, «Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras». *Rev Calid Asist*, 6, 2008, pp. 271-285.
- THOMPSON, D. F., «Understanding financial conflicts of interest». *N Engl J Med*, 8, 1993, pp. 573-576.

- TUNZI, M. y SPIKE, J. P., «The role of patient comfort and “comfort measures only” in organ donation after cardiac death (DCD) after a stroke». *Am J Bioeth*, 1, 2014, pp. 39-41.
- VERHEIJDE, J. L. y RADY, M. Y., «Justifying physician-assisted death in organ donation». *Am J Bioeth*, 8, 2011, pp. 52-54.
- WILKINSON, D. y SAVULESCU, J., «Should we allow organ donation euthanasia? Alternatives for maximizing the number and quality of organs for transplantation». *Bioethics*, 1, 2012, pp. 32-48.
- YSEBAERT, D., VAN BEEUMEN, G., DE GREEF, K., SQUIFFLET, J. P., DETRY, O., *et al.*, «Organ procurement after euthanasia: belgian experience». *Transplant Proc*, 2, 2009, pp. 585-586.

